Deutscher Bundestag **Drucksache 14/5700**

14. Wahlperiode 28. 03. 2001

Antwort

der Bundesregierung

auf die Große Anfrage der Abgeordneten Ulf Fink, Horst Seehofer, Wolfgang Lohmann (Lüdenscheid), weiterer Abgeordneter und Fraktion der CDU/CSU
– Drucksache 14/3887 –

Zukunft des Gesundheitswesens

a) In der Koalitionsvereinbarung zwischen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN vom 20. Oktober 1998 und in den „Eckpunkten zur Gesundheitsreform 2000“ vom 2. März 1999 sind neue Schwerpunkte der Gesundheitspolitik in den Bereichen Prävention, Vorsorge und Rehabilitation angekündigt und zugleich hohe Erwartungen bei den Versicherten geweckt worden. Mit der Gesundheitsreform 2000 wurden zahlreiche Gesetzesänderungen beschlossen, die eigentlichen Strukturprobleme des Gesundheitswesens wurden jedoch nicht angegangen, geschweige denn gelöst. Die Erfahrungen in der Vergangenheit haben gezeigt, dass das Gesundheitswesen durch weitere Reglementierungen und Bürokratisierungen nur unbeweglicher und ausgabenintensiver wird.

b) In der Koalitionsvereinbarung zwischen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN vom 20. Oktober 1998 und in den „Eckpunkten zur Gesundheitsreform 2000“ vom 2. März 1999 ist ferner angekündigt, man werde insbesondere im Interesse der chronisch Kranken auf die Rehabilitation einen neuen Schwerpunkt legen.

   Die daran geknüpften hohen Erwartungen an eine zukunftsorientierte Weiterentwicklung von Prävention, Vorsorge und Rehabilitation, zunächst im Sozialgesetzbuch (SGB) V, sind durch die GKV-Gesundheitsreform 2000 nicht erfüllt worden.

   Auch die unter dem 16. September 1999 von der Koalitionsarbeitsgruppe „Behindertenpolitik“ vorgelegten Eckpunkte zum SGB IX lassen bislang nicht erkennen, dass zur medizinischen Rehabilitation die erforderlichen konkreten Maßnahmen auf den Weg gebracht werden und der angekündigte neue Schwerpunkt in der Rehabilitation verwirklicht wird.

c) In den letzten Jahren, insbesondere nach Eröffnung eines moderaten Wettbewerbs unter den gesetzlichen Krankenkassen durch das Gesundheitsstrukturgesetz, ist in der öffentlichen Diskussion die Frage gestellt worden, ob der Gesetzgeber einen Teil seiner Gestaltungskompetenz an die Selbst-

---

Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 28. März 2001 übermittelt.
Die Drucksache enthält zusätzlich – in kleinerer Schrifttype – den Fragetext.

verwaltung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder die Versicherten selbst übertragen kann.

Gewichtige Institutionen und Sachverständige haben sich für eine Überprüfung der solidarisch finanzierten Leistungen in der GKV ausgesprochen, so auch der 101. Deutsche Ärztetag im Mai 1998. Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat sich in seinem Gutachten mehrfach mit der Problematik beschäftigt und dem Gesetzgeber ein Entscheidungstableau aufbereitet. Der Rat vertritt die Auffassung, „dass Kappungen von Teilen des gesetzlich verankerten Leistungskatalogs der GKV nur unter Beachtung der Maxime, Rationalisierung vor Rationierung vertretbar sind“.

Auch der Sachverständigenrat der Bundesregierung für die Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung hat sich mehrfach mit dem Fragenkreis beschäftigt. In seinem Jahresgutachten 1996/97 hat er betont, dass Selbstvorsorge und Eigeninteresse der Versicherten, auch deren Kostenbewusstsein, stärker zur Geltung kommen müssen und dass auf mehr Wettbewerb zwischen den Kassen zu setzen ist.

Ebenso hat sich die Monopolkommission der Bundesregierung 1998 dafür ausgesprochen, den Krankenkassen größere Freiheitsgrade hinsichtlich der Ausgestaltung des angebotenen Versicherungsumfangs zu gewähren. Die Reformkommission „Soziale Marktwirtschaft“ der Bertelsmann-Stiftung, der Heinz-Nixdorf-Stiftung und der Ludwig-Erhard-Stiftung schlägt vor, die Leistungen im Rahmen der obligatorischen GKV auf eine notwendige Basisversorgung zu beschränken und den Wunsch nach einer weitergehenden Absicherung über private Zusatzversicherungen zu finanzieren.

Vorbemerkung

1. Bereits seit längerer Zeit wurden grundlegende Reformen des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung angestrebt, mit denen das System langfristig gesichert werden sollte. Das Gesundheits-Reformgesetz von 1989 hatte den Anspruch einer „umfassenden Strukturreform im Gesundheitswesen“. Das Gesundheitsstrukturgesetz von 1993 hatte „langfristig wirkende Strukturverbesserungen“ zum Ziel. Die beiden GKV-Neuordnungsgesetze von 1997 sollten die Aufgabe erfüllen, dass „die GKV auch in Zukunft ihrem sozialen Auftrag gerecht werden und die Versorgung der Versicherten auf qualitativ hohem Niveau“ sicherstellen könne. Diese Reformen haben nicht alle drängenden Probleme in der gesundheitlichen Versorgung der Versicherten gelöst.

   Insbesondere das 1. und 2. GKV-Neuordnungsgesetz belastete allein die Versicherten. Eine Stärkung der Eigenverantwortung wurde lediglich unter finanziellen Aspekten betrachtet. Die Gleichsetzung von finanzieller Lastentragung und Verantwortung verdeckte zudem die Rolle der Versicherten und der Patienten als verantwortliche Personen, die bei Erhalt, Wiederherstellung und Verbesserung ihrer Gesundheit autonom mitwirken und dabei auch das Interesse der Solidargemeinschaft wahren müssen. Die Verantwortung von Versicherten geht insoweit über die bloße Zuständigkeit zur Finanzierung hinaus. Die frühere Bundesregierung engte die Beteiligung der Versicherten auf die Funktion der Finanziers ein und nahm sie nicht mehr als mündige, verantwortliche Beteiligte am Gesamtsystem wahr. Dies ist auch eine der wesentlichen Ursachen für die Verkrustung überkommener Systemstrukturen.

   Die Koalition von SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN hat mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 den Reformstillstand beendet und damit eine Grundlage für die Zukunftsfähigkeit des Systems gelegt.

Mit der Gesundheitsreform 2000 hat sie die Weichen dafür gestellt, dass der Wettbewerb der Krankenkassen um

- bessere Qualität,
- kundenfreundlicheren Service,
- stärkere Patientenorientierung,
- effektive Hilfestellung bei der Suche nach den wirkungsvollsten Diagnose- und Therapiemöglichkeiten für die Versicherten,
- bessere Verzahnung der Leistungsbereiche

seine positive Wirkung unter Beweis zu stellen vermag. Sie hat die Voraussetzungen dafür geschaffen, dass die vorhandenen Ressourcen bei stabilen Beitragssätzen nunmehr zielgenauer eingesetzt werden können.

Die GKV-Gesundheitsreform 2000 verpflichtet mit zuvor nicht annähernd erreichter Intensität die Beteiligten auf Qualität und Effizienz der Leistungserbringung bei der gesundheitlichen Versorgung der Versicherten.

Eine rationale Medizin ist angesagt. In ihrem Dienst stehen beispielsweise evidenzbasierte Leitlinien. Regelungen zur Qualitätssicherung werden ihren Beitrag zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung leisten.

Die mit der Gesundheitsreform 2000 gewollte stärkere Patientenorientierung kommt deutlich in der Förderung von Prävention und Selbsthilfe zum Ausdruck. Zum anderen wird die Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung die Souveränität und die Mitsprachemöglichkeiten der Patienten in der partnerschaftlichen Zusammenarbeit von Leistungserbringern und Patienten bei der Lösung gesundheitlicher Probleme verbessern.

Die Bundesregierung ist sich bewusst, dass Sicherung und Weiterentwicklung der Leistungsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung eine ständige Aufgabe bleiben. Beitragszahler und Versicherte erwarten, dass die finanziellen Grundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung stabil gehalten werden und berechenbar bleiben. Es gilt, die Zukunftsfähigkeit des Systems durch Innovation und Umgestaltung zu erhalten, zu sichern und fortzuentwickeln. Dabei muss es bei dem Grundsatz bleiben, dass jeder das medizinisch Notwendige unabhängig von seinen finanziellen Möglichkeiten bekommt. Dazu benötigen wir insbesondere Steuerungsinstrumente, durch die die finanzielle Stabilität aber auch gleichermaßen die medizinische Leistungsfähigkeit für die Patienten gerade auch durch medizinisch sinnvolle Innovationen sichergestellt werden kann. Im Einzelnen bedeutet dies:

- Die notwendigen Leistungen müssen auch in Zukunft solidarisch finanziert werden.
- Die Bereitstellung des medizinisch Notwendigen ist und bleibt zentrales Element der Gesundheitspolitik.
- Der Sicherung der Qualität der erforderlichen Leistungen kommt herausgehobene Bedeutung zu.

2. Bereits das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 hat Prävention und Vorsorge den ihnen gebührenden Stellenwert zurückgegeben. Darüber hinaus wird zur Zeit der Entwurf eines Neunten Buches Sozialgesetzbuch „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“ beraten. Der Entwurf kommt der seit langem bestehenden Forderung nach, das Recht der Rehabilitation behinderter Menschen weiterzuentwickeln und im Sozialgesetzbuch zu vereinheitlichen. Der Gesetzentwurf beendet die Divergenz und Unübersichtlichkeit des bestehenden Rehabilitationsrechts. Ein gemeinsames Recht für alle Beteiligten mit der Vorgabe von Koordination, Kooperation und Kon-

vergenz wird eine einheitliche Praxis der Rehabilitation und der Behindertenpolitik ermöglichen. Der Zugang zu Leistungen der Rehabilitation wird bürgernah organisiert. Zudem verpflichtet der Entwurf Leistungsträger, Leistungserbringer und Leistungsempfänger auf eine intensive Zusammenarbeit und steuert die Leistungen der Rehabilitation und der Eingliederung Behinderter unter Sicherung von Qualität und Effizienz.

Im Übrigen werden wir uns verstärkt den von der früheren Bundesregierung versäumten Anstrengungen widmen, Prävention und Prophylaxe auf breitere Grundlagen zu stellen. Wir müssen uns um die Ursachen einer Vielzahl von Erkrankungen kümmern, um die Missstände an der Wurzel zu bekämpfen. Genannt seien Umwelteinflüsse, Belastungen aus der Arbeitswelt, aber auch verhaltensbedingte Faktoren. Verhaltensprävention, Verhältnisprävention und wie auch die Gesundheitsförderung sind gleichermaßen erforderlich. Beides ist unerlässlich, um die Lebensqualität der Menschen zu steigern, zugleich aber auch die Finanzmittel des Systems zu schonen.

3. Der Bundesregierung ist die Diskussion um die Frage, ob ein Teil der Gestaltungskompetenz in der gesetzlichen Krankenversicherung an die Selbstverwaltung oder die Versicherten selbst übertragen werden sollte, bekannt. Bekannt sind ihr auch die Stimmen, die sich für eine Überprüfung der solidarisch finanzierten Leistungen in der GKV, für mehr Selbstvorsorge und Eigeninteresse der Versicherten und „größere Freiheitsgrade hinsichtlich der Ausgestaltung des angebotenen Versicherungsumfangs“ aussprechen.

   Die Bundesregierung hält an dem Grundsatz „Rationalisierung vor Rationierung“ so lange fest, als etwaiger Finanzmehrbedarf in der gesetzlichen Krankenversicherung durch die Erschließung weiterer Wirtschaftlichkeitsreserven gedeckt werden kann. Die Weichen hierfür stellt die GKV-Reform 2000. Es ist dagegen verfehlt, nur zu denken, einseitig die Versicherten zusätzlich dadurch zu belasten, dass sie selbst für bestimmte Gesundheitsleistungen aufkommen müssten. Die Bundesregierung sieht sich der Aufrechterhaltung der Solidarität verpflichtet.

4. Die zentralen Ziele der Gesundheitspolitik können nur durch eine Politik des Vertrauens erreicht werden; nur durch eine Gesundheitspolitik, die Vertrauen schafft, kann die Zukunft der Gesundheitsversorgung der Patienten erfolgreich und nachhaltig gestaltet werden.

   Gesundheitspolitik des Vertrauens bedeutet Politik des offenen Dialogs, den die Bundesregierung auf der Grundlage dieser Ziele mit allen Beteiligten im System der sozialen Krankenversicherung aufgreifen wird.

Vor diesem Hintergrund beantwortet die Bundesregierung die gestellten Fragen wie folgt:

A. Leistungskatalog

1. Hat sich der in der über 100-jährigen Entwicklung der GKV bis heute aufgebaute Leistungskatalog bewährt?

   Wenn nein, in welche Richtung will die Bundesregierung den Leistungskatalog verändern?

Der Leistungskatalog nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch hat sich grundsätzlich bewährt. Er sieht im Einzelfall erforderliche, ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungen vor. Zweifellos ist richtig, dass der jetzige gesetzliche Leistungskatalog nicht auf „ewig“ Bestand haben kann, sondern

laufend der Überprüfung bedarf, ob er aufgrund von Veränderungen sozio-ökonomischer Umstände und gesellschaftlicher Rahmenbedingungen, der medizinischen und medizinisch-technischen Entwicklung sowie anderweitig neu begründeter Notwendigkeiten einer Anpassung bedarf. Dies ist eine dauerhafte Aufgabe der gemeinsamen Selbstverwaltung, aber auch des Gesetzgebers. So sind zuletzt mit der Gesundheitsreform 2000 entsprechende Leistungsanpassungen in den Bereichen Prävention, Gesundheitsförderung, Selbsthilfe sowie der Versorgung psychisch Kranker und der Patientenberatung erfolgt.

Die Bundesregierung lehnt eine grundsätzliche Reduzierung des gegenwärtigen Leistungskatalogs ab.

Nicht der gegenwärtige Leistungskatalog stellt das Hauptproblem dar. Schwierigkeiten bereitet vielmehr, dass unter der Geltung des gegenwärtigen Leistungskatalogs, Leistungen z. T. im Widerspruch zum Wirtschaftlichkeitsgebot und erkennbar auch unter Missachtung von Qualitätserfordernissen erbracht werden. Es gilt, Über-, Unter- und Fehlversorgung zu vermeiden und der Qualitätssicherung den ihr gebührenden Stellenwert einzuräumen. Auch diese dringliche Aufgabe ist im Rahmen der GKV-Gesundheitsreform 2000 in Angriff genommen worden.

2. Ist es weiterhin gerechtfertigt, sozial- und familienpolitische Aufgaben, die nicht unmittelbar auf Krankheiten bzw. Krankheitsfolgen zurückzuführen sind, in der GKV und damit der Finanzierung über Mitglieder und Arbeitgeber zuzuordnen?

Die Frage spricht nur unspezifiziert „sozial- und familienpolitische Aufgaben“ an, ohne deutlich zu machen, welche Aufgaben hier gemeint sind.

Eine Leistung lässt sich nicht immer zweifelsfrei als allein sozial- und familienpolitische Aufgabe definieren; vielfach sind diese Leistungen als Beitrag dafür unabdingbar, dass die Gesundheit der Versicherten erhalten, wieder hergestellt oder verbessert wird. Die Absicherung gegen das Risiko der Krankheit schließt ein, auch Vorsorge gegen durch Krankheit bedingte existenzielle Gefährdungen des sozialen Status und der Familie zu treffen.

Im Übrigen wird die gesetzliche Krankenversicherung durch eine Reihe von Strukturprinzipien geprägt, die sie von einer privaten Krankenversicherung unterscheiden und ihr erst die Ausprägung zu einem sozialen Sicherungssystem geben. Prägend und über Jahrzehnte von einem gesellschaftlichen Konsens getragen ist das Solidaritätsprinzip, das gerade auch sozial- und familienpolitische Bestandteile enthält.

3. Gibt es Leistungen, die nicht solidarisch finanziert werden müssen, weil der Einzelne sie eigenverantwortlich übernehmen kann?

   Wenn ja, welche?

Bei den Leistungen, die derzeit von der GKV finanziert werden, handelt es sich um solche, die derzeit der solidarischen Finanzierung bedürfen und über die damit bislang auch entschieden ist, dass der Einzelne sie nicht eigenverantwortlich zu übernehmen hat. Über den Leistungskatalog kann und muss von Zeit zu Zeit neu entschieden werden.

4. Sind alle derzeit gesetzlich vorgesehenen Leistungen notwendig?

   Wenn nein, welche nicht?

Die Frage ist grundsätzlich mit „ja“ zu beantworten. Allerdings werden in der Arzneimittelverordnung nach § 33a SGB V Arzneimittel ab dem 1. Januar 2003 von der Versorgung ausgeschlossen, deren Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit nicht nachgewiesen sind. Im Übrigen ist nicht ausgeschlossen, dass sich u. a. durch die Entwicklung der Lebensverhältnisse sowie der Medizin und Medizintechnik in Zukunft eine andere Antwort in Bezug auf bestimmte Leistungen ergeben kann.

5. Berücksichtigt der Leistungskatalog unterschiedliche Präferenzen der Versicherten oder sollte er sie berücksichtigen?

Ja durchaus. Jedoch nicht in dem strikten Sinne einer Trennung in Grund- und Wahlleistungen, die vereinzelt gefordert werden.

6. Ist es nach Auffassung der Bundesregierung sinnvoll, den gesetzlichen Leistungskatalog auf Kernleistungen zu begrenzen, die solidarisch finanziert werden müssen?

Die Bundesregierung geht davon aus, dass es sich bei den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zurzeit im Wesentlichen um medizinisch notwendige Leistungen handelt, die solidarisch finanziert werden müssen.

7. Ist die Selbstverwaltung der GKV befähigt, Entscheidungen über weitere Teile des Leistungskatalogs im Interesse der jeweiligen Mitglieder zu treffen?

   Wenn ja, welche?

Grundsätzlich hält die Bundesregierung die Selbstverwaltung der GKV für fachlich befähigt, Entscheidungen über Leistungen auf einer gesetzlichen Grundlage zu treffen. Dabei werden allerdings auch für die GKV die Regeln von Qualitätssicherung, Transparenz und Wirtschaftlichkeit zu gelten haben.

8. Ist unter Berücksichtigung der Besonderheiten von Angebot und Nachfrage im Gesundheitsmarkt der Versicherte selbst in der Lage, eine Entscheidung über weitere Gesundheitsleistungen zu treffen, ohne sich oder seine Familie existenziell zu gefährden?

   Wenn ja, welche?

Die gesetzliche Krankenversicherung wird in ihrem Kern u. a. dadurch geprägt, dass sie den Versicherten solidarisch finanzierte, umfassende Leistungen nach dem Bedarfsprinzip zur Verfügung stellt. Das Sachleistungsprinzip (und die damit verbundenen Aufgaben der gemeinsamen Selbstverwaltung von Krankenkassen und Leistungserbringern) sorgt dabei auch für die Berücksichtigung der Besonderheiten von Angebot und Nachfrage im Gesundheitswesen.

Darüber hinaus steht es dem Versicherten selbstverständlich anheim, Entscheidungen über Gesundheitsleistungen zu treffen. Wie sich dies auf die Familie auswirkt, bedarf der eigenverantwortlichen Betrachtung im Einzelfall; generalisierende Aussagen hierzu sind nicht sachgerecht.

9. Soll der Wettbewerb der GKV nach Risikostrukturausgleich (RSA) weiterhin nur auf unterschiedliche Beitragssätze und eingeschränkte Vertragskompetenz begrenzt bleiben?

   Wenn nein, welche Pläne hat die Bundesregierung?

Schon heute kann sich der Wettbewerb in der GKV über unterschiedliche Beitragssätze und über die eingeschränkte Vertragskompetenz im Rahmen des Kollektivvertragssystems hinaus entwickeln. So können zum Beispiel über Formen der integrierten Versorgung und Modellvorhaben attraktive Angebote für die Versicherten gestaltet werden. Darüber hinaus sind Service-, Versicherten- und Patientenorientierung, Schwerpunktsetzung in Prävention und Vorsorge etc. Felder, auf denen sich der Wettbewerb entfalten kann. Entscheidend kommt es darauf an, den Wettbewerb um die bessere Versorgung erkrankter Menschen noch mehr zu stärken, um so die Leistungsfähigkeit des Systems herauszufordern.

10. Kann nach Auffassung der Bundesregierung weniger Verpflichtung zu gemeinsamem Handeln die Effizienz der Versorgung steigern?

Nach Auffassung der Bundesregierung ist es sinnvoll, bei der Erweiterung von Angeboten unter Aufhebung der Verpflichtung zu gemeinsamem Handeln die Effizienz inhaltlich neu gestalteter Versorgungsformen in Modellvorhaben nach § 63 SGB V zu erproben oder von der neuen gesetzlichen Möglichkeit der sektorenübergreifenden integrativen Versorgung nach § 140 a SGB V Gebrauch zu machen.

Überall dort, wo eine Notwendigkeit für ein gemeinsames und einheitliches Handeln der Beteiligten nicht besteht, ist eine Flexibilisierung der Vertragsstrukturen im Interesse der Patientinnen und Patienten zu prüfen.

11. Ist es aus Sicht der Bundesregierung vertretbar, unter Beibehaltung des derzeitigen Leistungskataloges der GKV dem Versicherten Wahlmöglichkeiten zu bieten und ihn selbst entscheiden zu lassen, ob er den derzeitigen Leistungskatalog beibehalten oder bei gleichzeitiger Veränderung seiner Beitragsleistungen abwählen oder zuwählen will?

Unabhängig von der Frage, ob es eine brauchbare Definition für den Bereich von Grund- und für den Bereich von Wahlleistungen geben könnte, ist die Bundesregierung der Auffassung, dass eine solidarische Krankenversicherung den Versicherten die medizinisch notwendigen Leistungen möglichst umfassend zur Verfügung stellen muss.

Allerdings werden in Zukunft die notwendige Eigenvorsorge und Selbstverantwortung eine wichtige Rolle spielen. Die Bedeutung von bewusstem Umgang mit der eigenen Gesundheit verbunden mit einer auf Prävention ausgerichteten Gesundheitspolitik erfordert es selbstverständlich auch, den Leistungskatalog im Blick auf die Eigenverantwortung der Versicherten dauerhaft zu überprüfen.

B. Finanzierungsgrundlagen

12. Welches Konzept liegt der Aussage der Bundesministerin für Gesundheit „neben der Ausgabenentwicklung müsse dabei auch über die Einnahmenseite diskutiert werden“ (dpa, 24. Januar 2000) zugrunde?

Die Notwendigkeit einer Diskussion über die Einnahmenseite der gesetzlichen Krankenversicherung beruht auf der Tatsache, dass nach derzeitigem Rechtszu-

stand die Beitragseinnahmen überwiegend aus den Bereichen Arbeitsentgelt, Renten- und Versorgungsbezüge resultieren. Ob diese derzeitige Konzeption angesichts der kontinuierlichen Veränderungen der Einkommens- und Vermögenssituation auch in Zukunft beibehalten werden kann, bedarf der mittel- und langfristig angelegten Überprüfung. Dabei ist auch die Frage der Beitragsgerechtigkeit von besonderer Bedeutung.

13. Ist die Bundesregierung der Auffassung, dass die Lohnentwicklung parallel mit der Entwicklung des Bedarfs an medizinisch notwendigen Leistungen verläuft?

    Wenn nein, wie begründet die Bundesregierung ihren Grundsatz, dass die medizinisch notwendige Versorgung bei stabilen Beitragssätzen in der GKV dauerhaft gesichert werden kann?

Die Entwicklung der Löhne und Gehälter bzw. der – für die Einnahmenbasis der gesetzlichen Krankenversicherung maßgeblichen – beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder ist unabhängig von der Entwicklung des Bedarfs an medizinisch notwendigen Leistungen. Lohnentwicklung und Entwicklung des Bedarfs an medizinisch notwendigen Leistungen gehen auf unterschiedliche Ursachen zurück. Erstere ist Teil der allgemeinen wirtschaftlichen Entwicklung; der Leistungsbedarf richtet sich dagegen maßgeblich nach den medizinischen und medizinisch-technischen Möglichkeiten, nach Morbiditätsverläufen sowie den normativen Entscheidungen, die die gemeinsame Selbstverwaltung in Erfüllung der gesetzlichen Vorgaben zum Leistungsrecht einschließlich des Wirtschaftlichkeitsgebots trifft und die die Leistungsansprüche der Versicherten konkretisieren.

Die Bundesregierung ist in der Tat der Ansicht, dass derzeit grundsätzlich die medizinisch notwendige Versorgung bei stabilen Beitragssätzen in der GKV gesichert werden kann. Einmal wird die prognostizierte Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt und deren nachhaltig positive Wirkung auf die Einnahmenbasis der Krankenkassen eine Stabilisierung der Beitragssätze ermöglichen. Zum anderen können stabile Beitragssätze zumindest so lange beibehalten werden, als in der Krankenversicherung Rationalisierungsreserven vorhanden und erschließbar sind. Dies ist zur Zeit der Fall. Auf die Antwort zu der Frage 14 wird insoweit verwiesen.

Im Übrigen gibt es auch für den Gesetzgeber begründete Ausnahmen vom Grundsatz der Beitragssatzstabilität. Ausnahmen sind allgemein möglich, solange und soweit die notwendige medizinische Versorgung auch unter Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven anderenfalls nicht zu gewährleisten wäre.

14. Wie groß sind nach Auffassung der Bundesregierung die Rationalisierungsreserven in der medizinischen Versorgung und das damit verbundene Finanzvolumen?

    Auf welche wissenschaftlichen Untersuchungen stützt sich die Bundesregierung dabei?

Die Bundesregierung ist der Auffassung, dass in der medizinischen Versorgung der Versicherten erhebliche Wirtschaftlichkeitsreserven bestehen. Das damit verbundene Finanzvolumen ist abhängig davon, mit welcher Stringenz diese Reserven mobilisiert werden können.

Bei ihrer Bewertung stützt sich die Bundesregierung im Wesentlichen auf die Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, aber auch auf eigene Studien in Einzelbereichen. Der Sachverstän-

digenrat hat die Thematik in mehreren Gutachten grundlegend aufgearbeitet und hierbei auch die national und international vorliegenden wissenschaftlichen Erkenntnisse berücksichtigt.

Es ist grundsätzlich zwischen verschiedenen Formen von Unwirtschaftlichkeiten zu unterscheiden. So gibt es Unwirtschaftlichkeiten,

- die durch fehlerhafte oder nicht indizierte Anwendung von medizinischen und medizinisch-technischen Verfahren zustande kommen;
- die durch den mangelnden oder zu zögerlichen Transfer von wissenschaftlichen Erkenntnissen in die Praxis begründet sind oder dadurch, dass neue Verfahren zu häufig additiv und nicht kompensatorisch zu obsoleten Verfahren angewendet werden;
- die durch die Organisation der medizinischen Versorgung bedingt sind;
- die in den Besonderheiten der Anreizstrukturen einzelner Leistungsbereiche begründet liegen bzw. durch deren mangelnde Verzahnung entstehen.

Der Sachverständigenrat gelangt zu dem Schluss, dass Wirtschaftlichkeitsreserven in allen Sektoren und Bereichen des Gesundheitswesens zu vermuten sind. Eine Bezifferung des Finanzvolumens solcher Wirtschaftlichkeitsreserven ist jedoch nur möglich, wenn empirische Überprüfungen einzelner Bereiche vorgenommen werden. Für unverzichtbar hält er eine systematische Evaluation und technology assessment von Programmen, Verfahren und Institutionen. Diese Auffassung wird von der Bundesregierung geteilt.

Beispielhaft sei auf folgende Maßnahmen hingewiesen, die seitens der Bundesregierung ergriffen wurden, um Wirtschaftlichkeitspotenziale in der medizinischen Versorgung zu aktivieren:

- Vergabe von Studien zum Health-Technology-Assessment und Einrichtung einer Informationsdatenbank beim Deutschen Institut für medizinische Information und Dokumentation (DIMDI). Die dortigen Ergebnisse sollen insbesondere die Arbeit der Bundesausschüsse unterstützen.
- Durchführung von Studien im Rahmen der Qualitätssicherung, z. B. zur Prüfung der Notwendigkeit radiologischer Untersuchungen, zur Prüfung der Notwendigkeit der Antibiotikaprophylaxe zur Verhinderung von Infektionen, zur Verbesserung des Hygienemanagements in Krankenhäusern oder zur Prüfung von Indikationen für operative Eingriffe in der Gynäkologie. Bei sämtlichen Studien wurden hohe Anteile nicht-indizierter Maßnahmen festgestellt.
- Im Rahmen des neuen Gesundheitsforschungsprogramms, das im Jahr 2000 vom Kabinett verabschiedet wurde, sind u.a. einige Förderschwerpunkte verankert, die in besonderer Weise der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung Rechnung tragen sollen. Hinzuweisen ist insbesondere auf die Versorgungsforschung, die Pflegeforschung, Allgemeinmedizinische Forschung und die klinische Epidemiologie.
- Mit der Einrichtung des Ausschusses Krankenhaus und des Koordinierungsausschusses im Rahmen des Gesundheitsreformgesetzes 2000 wurde überdies ein Instrument zur systematischen und kontinuierlichen Prüfung des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenversicherung geschaffen, das eine qualitätsorientierte und wirtschaftliche Leistungserbringung sicherstellen soll.
- Vorbereitung eines Gesetzentwurfs zur Steigerung der Transparenz im Gesundheitswesen. Intransparenz über erbrachte Leistungen und deren Vergütung gehören zu den gravierenden Ursachen von Unwirtschaftlichkeit. Durch die Schaffung der gesetzlichen Voraussetzungen zur Zusammenfüh-

rung und Aufbereitung gesundheitlich relevanter Daten, sollen neue Möglichkeiten zur Verbesserung von Qualität, Wirtschaftlichkeit und Beratung geschaffen werden.

Neben dem Verzicht auf medizinisch nicht wirksame Maßnahmen sind bei der Frage nach Rationalisierungsreserven auch die Verfahren und Technologien zu beachten, die aus medizinischen Gründen nicht indiziert sind. Um das Problembewusstsein zu stärken und die innerärztliche Diskussion über das Thema der medizinisch nicht indizierten Leistungen anzuregen, hat auch die Bundesregierung verschiedene Untersuchungen gefördert sowie Maßnahmen initiiert, dieses Problem erfolgreich anzugehen. In diesem Zusammenhang sind insbesondere die folgenden Studien von Bedeutung:

- 1400 (5,4 %) der 25718 angeforderten radiologischen Untersuchungen in der Radiologischen Abteilung der Universitätsklinik Köln wurden vom medizinischen Personal als nicht indiziert eingestuft.

  (Quelle: Lackner K. et al., Fortschritt Röntgenstrahlen, 1996)

- Bei 35,1 % aller mit Antibiotika behandelten Patienten lag weder eine nosokomiale noch eine nicht-nosokomiale Infektion vor. Eine perioperative Antibiotikaprophylaxe wurde oft zu lange, bei vielen Operationen zu häufig und bei einigen zu selten durchgeführt.

  (Quelle: Abschlussbericht eines Modellprojektes des BMG, Nosokomiale Infektionen in Deutschland, NIDEP, Teil 1, Band 56 der Schriftenreihe des BMG, 1995)

- Durch ein Hygienemanagement lässt sich die Anzahl nosokomialer Infektionen um 26 % senken. Die Reduktion entspricht in etwa 35 nicht infizierten chirurgischen bzw. intensivmedizinischen Patienten pro Jahr in einem mittelgroßen Krankenhaus mit 450 Betten.

  (Quelle: Abschlussbericht eines Modellprojektes des BMG, Nosokomiale Infektionen in Deutschland, NIDEP, Teil 2, Band 126 der Schriftenreihe des BMG, 2000)

- Im Rahmen eines Modellprojektes des BMG in der operativen Gynäkologie wurde festgestellt, dass in allen 44 an dem Projekt beteiligten Kliniken die Indikation zur Eierstockoperation zu großzügig gestellt wurde. Mindestens 25 % der durchgeführten Eierstock- und Eileiteroperation waren unnötig.

  (Quelle: „Qualitätssicherung in der operativen Gynäkologie“, Band 98 der Schriftenreihe des BMG, 1998)

Auch im Krankenhaus bestehen nach Erkenntnissen der Bundesregierung Rationalisierungsreserven aufgrund der im internationalen Vergleich hohen Krankenhausverweildauer in Deutschland. Der gegenüber den Werten Anfang der 90er Jahre niedrigere Bettennutzungsgrad in den alten Bundesländern macht dies deutlich. Zudem zeigen verschiedene Krankenhausträger erhebliche Verbesserungsmöglichkeiten bei Strukturen und organisatorischen Abläufen auf. So können z. B. die Abfall- und Entsorgungskosten oder die Kosten der Energieversorgung oftmals erheblich reduziert werden. Sachkosten lassen sich auch durch die Bildung von Einkaufsverbünden vermindern. Einsparungen sind desgleichen durch die Zusammenfassung von Verwaltungsfunktionen möglich. Zur Optimierung der Ablauforganisation gehören ebenfalls die Überprüfung und der Abbau von Fehlbelegungen. Durch die Orientierung auf die notwendigen Behandlungsmaßnahmen kann die Versorgung nicht nur wirtschaftlicher, sondern auch patientenorientierter ausgestaltet werden. Auch die mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetzes neu eröffneten Möglichkeiten für eine verbesserte Verzahnung der Sektoren, z. B. zur integrierten Versorgung der Patienten, müssen aktiv genutzt werden. So kann eine verbesserte Zusammenarbeit im Rahmen von Versorgungsketten auch Ansatzpunkte für ein „Insourcing“ geben (z. B. Nutzung von Krankenhausgeräten durch niedergelassene Ärzte).

Es ist erkennbar, dass es auch im Krankenhausbereich noch eine Vielzahl von Ansatzpunkten zur Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven gibt und dass

dies bei weiterhin begrenzten Ressourcen auch zukünftig eine ständige Herausforderung für die Krankenhäuser und Krankenkassen bleiben wird.

Die Bundesregierung geht davon aus, dass auch bei der Versorgung mit Arzneimitteln im ambulanten Bereich bedeutsame Wirtschaftlichkeitsreserven bestehen. Diese setzen sich im Einzelnen aus Einsparmöglichkeiten bei Generika, bei pharmakologisch-therapeutisch vergleichbaren Wirkstoffen sowie bei umstrittenen Arzneimitteln zusammen.

Von verschiedenen Seiten werden Kosteneinsparungen im Bereich der Arzneimittelversorgung der Krankenversicherung durch eine verstärkte Nutzung des E-Commerce (elektronischer Handel und Vertrieb) diskutiert. Einsparungen durch die Nutzung des E-Commerce sind im Grundsatz möglich, ohne dass sie derzeit beziffert werden können. Dabei ist zu unterscheiden zwischen dem E-Commerce B2B (business to business: z. B. Hersteller zu Krankenhaus oder Arztpraxis) und B2C (business to consumer: z. B. Hersteller zu Patient). Insbesondere der Bereich des B2C ist in Deutschland durch das Versand-Verbot nach dem Arzneimittelgesetz nur eingeschränkt möglich. Welche rechtlichen und gesundheitspolitischen Möglichkeiten bestehen und zweckdienlich erscheinen, ist zur Zeit Gegenstand von intensiven Prüfungen der Bundesregierung. In die Überlegungen werden auch die europäischen Regelungen sowie die Erfahrungen aus anderen Staaten wie den Niederlanden, England, Dänemark, den USA und der Schweiz einbezogen, in denen bereits E-Commerce mit Arzneimitteln einschließlich Versand rechtlich zugelassen ist und praktiziert wird.

Die Bundesregierung wird die Beteiligten bitten, sich an den Debatten um das Für und Wider neuer Distributionswege von Arznei- und Hilfsmitteln zu beteiligen.

15. Welcher Zeitraum ist nach Auffassung der Bundesregierung erforderlich, um vorhandene Rationalisierungsreserven aufzulösen?

Die Bundesregierung ist der Auffassung, dass Rationalisierungsreserven in einem stetigen Prozess ermittelt und – soweit möglich – mobilisiert werden müssen. Es handelt sich um eine dauerhafte Aufgabe, die stetig und nachhaltig erfüllt werden muss.

Die Intensität der Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven hängt insbesondere von den Aktivitäten der in der Selbstverwaltung – im Rahmen der ihnen zur Verfügung stehenden Instrumente – verantwortlich Handelnden ab.

Die Ausschöpfung weiterer Wirtschaftlichkeitsreserven im Arzneimittelbereich bleibt eine permanente Herausforderung für alle Beteiligten. Sie bleibt auch ein Thema in dem geplanten Dialog zur zukünftigen Gestaltung gesetzlicher Regelungen und der Fortentwicklung des Gesundheitswesens.

16. Ist die Bundesregierung der Auffassung, dass es möglich ist, die von ihr festgestellten Rationalisierungsreserven parallel mit dem Wachstum medizinisch notwendiger Leistungen so aufzulösen, dass aus den Rationalisierungsreserven stets das medizinische Wachstum ohne Beitragssatzanhebungen finanziert werden kann?

    Wenn ja, auf welche wissenschaftliche Untersuchungen stützt sie sich?

    Wenn nein, wie begründet die Bundesregierung dann ihren Grundsatz, dass die medizinisch notwendige Versorgung bei stabilen Beitragssätzen gesichert ist?

Die Auflösung von Rationalisierungsreserven *und* das Wachstum medizinisch notwendiger Leistungen bedürfen einer getrennten Betrachtung.

In welcher Weise und in welchem Umfang medizinisch notwendige Leistungen künftig (kurz-, mittel-, langfristig) wachsen oder sinken werden, ist nicht exakt prognostizierbar. Hierbei spielen eine Vielzahl von Faktoren eine Rolle. Beispielhaft sei auf den medizinischen Fortschritt, die demografische Entwicklung und die hiermit voraussichtlich einhergehenden Strukturverschiebungen im medizinischen Bedarf und in den Bereichen der Leistungserbringung hingewiesen.

Ebenso wie das Wachstum medizinischer Leistungen sind die Kosten oder Einsparungen solcher Entwicklungen nicht genau quantifizierbar.

Zur Ausschöpfung und Aktivierung von Rationalisierungsreserven wird auf die Beantwortung der Frage 14 verwiesen.

Die Begründung des Grundsatzes, dass die medizinisch notwendige Versorgung bei stabilen Beitragssätzen gesichert ist, ergibt sich aus den dort exemplarisch aufgezeigten Erkenntnissen über Rationalisierungspotenziale, den bisherigen Maßnahmen zur Aktivierung dieser Potenziale und der Tatsache, dass der Grundsatz der Beitragssatzstabilität ein kontinuierliches Wachstum des Finanzierungsvolumens der gesetzlichen Krankenversicherung ermöglicht, wenn durch andere Faktoren (z. B. Erwerbsbeteiligung, Entgeltentwicklung) das Finanzvolumen auf der Einnahmeseite zunimmt.

17. Wie hoch ist der Betrag, der im Jahr 1999 durch die Einbeziehung der geringfügigen Beschäftigungsverhältnisse und der Scheinselbständigen in die Sozialversicherungspflicht zusätzlich in die GKV geflossen ist?

    Wie hoch schätzt die Bundesregierung diesen Betrag in den folgenden drei Jahren?

In der Statistik der gesetzlichen Krankenversicherung sind lediglich die Beitragseinnahmen für ausschließlich geringfügig Beschäftigte gesondert erfassbar.

Im Jahr 1999 wurden für diesen Personenkreis Arbeitgeberbeiträge in einer Größenordnung von 1,6 Mrd. DM entrichtet. Zusammen mit den Beitragseinnahmen für geringfügig Nebenbeschäftigte, die statistisch nicht gesondert erfassbar sind, lagen die geschätzten Gesamteinnahmen für das Jahr seit Einführung der gesetzlichen Regelung bei ca. 2 Mrd. DM. Im Jahr 2000 ist mit Einnahmen für sämtliche geringfügig Beschäftigten in einer Größenordnung bis zu 3 Mrd. DM zu rechnen. Die Einnahmen für ausschließlich geringfügig Beschäftigte betrugen auf der Grundlage der vorläufigen Finanzergebnisse im 1. bis 4. Quartal 2000 2,3 Mrd. DM.

Für die folgenden drei Jahre geht die Bundesregierung von entsprechenden Beitragseinnahmen in einer ähnlichen Größenordnung wie im Jahr 2000 aus.

18. Ist die Bundesregierung der Auffassung, dass diese zusätzlichen Mittel notwendig waren, um einen zusätzlichen medizinischen Bedarf zu finanzieren?

    Um welche medizinischen Leistungen handelt es sich dabei nach Auffassung der Bundesregierung?

    Für welche medizinischen Entwicklungen werden die zusätzlichen Mittel nach Auffassung der Bundesregierung in den kommenden Jahren benötigt?

Grundsätzlich ist eine Verkopplung von einzelnen Einnahmepositionen und einzelnen Ausgabepositionen nicht zulässig. Die Einnahmen der GKV dienen in ihrer Gesamtheit der Deckung der Ausgaben.

Richtig ist allerdings, dass insbesondere durch den Einbezug der geringfügigen Beschäftigungsverhältnisse in die Beitragspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung die sog. Gegenfinanzierung der mit dem GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz und der GKV-Gesundheitsreform 2000 verbundenen Mehrausgaben für Leistungsverbesserungen und Zuzahlungsabsenkungen erreicht werden konnte. Hierbei handelt es sich insbesondere um die Absenkung der Zuzahlungen bei Arzneimitteln, verbesserte Härtefallregelungen für chronisch Kranke, die Wiedereinführung der Zahnersatzleistungen für Kinder und Jugendliche, Verbesserungen im Bereich der Prävention, Gesundheitsförderung und Selbsthilfe sowie die Einführung von Leistungen der Soziotherapie.

19. Ist die Bundesregierung der Auffassung, dass das lohnabhängige Finanzierungssystem in seiner derzeitigen Ausprägung dauerhaft ausreichen wird, um mit stabilen Beitragssätzen die medizinisch notwendige Versorgung zu finanzieren?

    Auf welche wissenschaftliche Untersuchungen stützt die Bundesregierung ihre Auffassung?

Auf die Beantwortung der Fragen 12 und 13 wird verwiesen.

20. Welche Maßnahmen plant die Bundesregierung auf der Finanzierungsseite, um den Herausforderungen der Zukunft an unser Gesundheitswesen, z. B. infolge von sozioökonomischen Veränderungen, zu begegnen?

23. Sieht die Bundesregierung z. B. die Notwendigkeit der Erweiterung der Beitragsbemessungsgrundlagen in der GKV?

24. Sieht die Bundesregierung die Notwendigkeit, sonstige Einkünfte wie z. B. Miete, Pacht und Zinsen in die Beitragsbemessung für Pflichtversicherte in der GKV einzubeziehen?

25. Plant die Bundesregierung eine Wertschöpfungsabgabe als Beitragsbemessungsgrundlage in der GKV?

26. Beabsichtigt die Bundesregierung, die Versicherungspflicht- und/oder Beitragsbemessungsgrenze in der GKV zu erhöhen?

27. Beabsichtigt die Bundesregierung Veränderungen bei der beitragsfreien Familienversicherung?

28. Welche Überlegungen hat die Bundesregierung für den Zeitpunkt, in dem auch nach ihrer Auffassung die Limitierung der GKV-Ausgaben entsprechend der Lohnentwicklung nicht mehr ausreicht, um die medizinisch notwendige Versorgung sicherzustellen?

Pläne zur Finanzierung setzen eine sorgfältige Bestandsaufnahme und Bilanzierung voraus. Beispielsweise müssen die finanziellen Folgen aus den verfassungswidrigen Regelungen zur Beitragspflicht von Einmalzahlungen und zur unterschiedlichen Bemessungsgrundlage für freiwillig Versicherte und pflichtversicherte Rentner aufgefangen werden.

Zur Weiterentwicklung der Finanzierungsgrundlagen werden auch die Ausweitung des Kreises der Beitragszahler sowie die Berücksichtigung weiterer Einkommensarten erörtert.

Die Bundesregierung will durch eine weitere Verbesserung der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen und durch einen Abbau der Arbeitslosigkeit und die Steigerung der Erwerbstätigkeit auch die Finanzgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung stärken.

21. Welche wissenschaftlichen Untersuchungen liegen der Bundesregierung zur Frage der Bedarfsgerechtigkeit des derzeitigen GKV-Finanzierungssystems vor?

    Wie bewertet die Bundesregierung diese Untersuchungen?

22. Plant die Bundesregierung eigene Untersuchungen zur Frage der Bedarfsgerechtigkeit des derzeitigen Finanzierungssystems?

    Welche Überlegungen liegen diesen Untersuchungen zugrunde?

Es gibt eine Fülle von wissenschaftlichen Untersuchungen, Studien und Diskussionsbeiträgen zu Einzelaspekten und Steuerungsfragen des Finanzierungssystems. Grundlegende Ausführungen hierzu enthält das Sondergutachten 1997 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Sondergutachten 1997, Bd. II, S. 251 ff.). Eine grundlegende Definition von Bedarfsgerechtigkeit im Sinne des Sozialgesetzbuches wird das neue Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesens enthalten, das den Bedarf durch eine Abgrenzung von Über-, Unter- und Fehlversorgung definiert.

Darüber hinaus zeigt insbesondere die aktuelle Diskussion um die Auswirkungen des demografischen Wandels und des medizinischen und medizinisch-technischen Fortschritts auf die Beitragssatzentwicklung und die mittel- und langfristige Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens die grundlegende Problematik auf.

Die Bundesregierung hat zur mittel- und langfristigen Verbesserung der notwendigen Informationsgrundlagen zu diesem Themenkreis bereits vor dem Regierungswechsel im Jahr 1998 verschiedene Maßnahmen ergriffen.

Insbesondere ist auf die Einrichtung der Nationalen Gesundheitsberichterstattung und die Durchführung des Bundesgesundheitssurveys hinzuweisen sowie auf die Gutachtenaufträge der Enquete-Kommission „Demographischer Wandel“ in den Bereichen Gesundheit und Pflege.

Insgesamt stellt sich der wissenschaftliche Erkenntnisstand zur Frage, ob die Finanzierungsgrundlagen der GKV ausreichen, um dem mittel- und langfristigen Bedarf medizinischer Versorgung zu decken, widersprüchlich dar. Exemplarisch sei auf Beitragssatzschätzungen von ca. 16 % für das Jahr 2020 hingewiesen, andere Schätzungen gehen von 22 bis 25 % aus. Da sich die unterschiedliche Höhe dieser Schätzungen i. d. R. aus letztendlich nicht empirisch erfassbaren Modellannahmen ergibt, stellen die vorhandenen wissenschaftlichen Beiträge lediglich Teilbausteine der Entscheidungsgrundlagen für zu diskutierende Maßnahmen dar.

Daher hat die neue Bundesregierung verschiedene Maßnahmen in die Wege geleitet, um insbesondere Wirtschaftlichkeitsreserven im Gesundheitswesen aufzudecken und um die Informationsbasis für den medizinischen Bedarf besser abschätzen zu können. Hinzuweisen ist auf den bereits genannten Auftrag an

den Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen zur Ermittlung von Unter-, Über- und Fehlversorgung.

Eine Arbeitsgruppe im BMG beschäftigt sich überdies mit der Schaffung von gesetzlichen Grundlagen zur Verbesserung der Transparenz.

Grundsätzlich geht die Bundesregierung davon aus, dass eine langfristige Abschätzung des medizinischen Bedarfs wegen der Vielzahl von nicht quantifizierbaren, künftigen Entwicklungen und Unwägbarkeiten nur näherungsweise möglich ist. Mit den Maßnahmen der Gesundheitsreform 2000 wurden aber bereits entscheidende Weichenstellungen vorgenommen, um das System hinreichend flexibel auszugestalten, damit es auch auf unerwartete Entwicklungen des medizinischen Bedarfs angemessen reagieren kann. Überdies werden durch die o. g. Aktivitäten die Entscheidungsgrundlagen für eine weitere Bedarfsabschätzung nachhaltig verbessert.

29. Wie beurteilt die Bundesregierung die Überlegungen des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen zur Verbreiterung der GKV-Finanzierungsgrundlagen, die in den Sondergutachten 1995 bis 1997 veröffentlicht worden sind?

Die Vorschläge des Sachverständigenrates der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen stellen eine Basis dar, auf deren Grundlage die Umsetzbarkeit einzelner Vorschläge mit Beteiligten im Gesundheitswesen diskutiert werden kann.

30. Welche alternativen Vorschläge hat die Bundesregierung?

Auf die Antworten zu den Fragen 20 und 23 bis 28 wird verwiesen.

C. Steuerungsmechanismen

31. Welche Anreizsysteme sieht die Bundesregierung derzeit in der GKV für den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen?

    Welchen zusätzlichen Handlungsbedarf erkennt die Bundesregierung hier?

32. Ist die Bundesregierung der Auffassung, dass die Begrenzung der Wettbewerbsparameter für den Krankenkassenwettbewerb auf Beitragssatz, Service und Image ausreichend und sinnvoll ist?

Ergänzend zu den Ausführungen zu Frage 9 ist in diesem Zusammenhang auch auf die Anreize des Risikostrukturausgleichs zur wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten hinzuweisen. Maßgeblich für die Ermittlung der Risikolast einer Kasse sind die durchschnittlichen Ausgaben aller Kassen für die jeweiligen, nach Risikogruppen unterschiedenen Versicherten. Überdurchschnittliche Ausgaben einer Kasse müssen von ihr mit einem entsprechenden Beitragsaufschlag zu Lasten ihrer Versicherten finanziert werden mit der Folge nachteiliger Wirkungen im Wettbewerb. Dieser Wirkungsmechanismus des Risikostrukturausgleichs hat sich bewährt. Die Kassen haben ihre Anstrengungen zur Steigerung der Wirtschaftlichkeit seit Einführung des Risikostrukturausgleichs deutlich verstärkt. Debattiert wird zurzeit die Frage einer Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs, um Anreize zur Risikoselektion auszuschalten. Insgesamt muss der Wettbewerb in einem solidarischen System die bessere Versorgung

bei erhöhter Kosteneffizienz zum Ziel haben. Auf die Ausführungen zu den Fragen 33 und 93 wird verwiesen.

33. Liegen der Bundesregierung Erkenntnisse vor, wonach die Krankenkassen aufgrund der bestehenden Wettbewerbsparameter potenziell gesunde Versicherte umwerben, während Kranke nicht umworben werden?

    Wenn ja, was gedenkt sie zu tun?

Die Bundesregierung hat aufgrund der Entschließung des Deutschen Bundestages vom 16. Dezember 1999 eine Untersuchung über die Wirkungen des Risikostrukturausgleichs in Auftrag zu geben. Im Rahmen des vorliegenden Zwischenberichts wird die hier angesprochene Frage thematisiert. Die beauftragte Gutachtergruppe kommt zu dem Ergebnis, dass sich das Konzept des RSA grundsätzlich bewährt habe, die Anreize zur Risikoselektion im Hinblick auf die Risikofaktoren Alter, Geschlecht, Erwerbs- und Berufsunfähigkeit und weitgehend auch im Hinblick auf den Faktor Grundlohn ausgeglichen würden, aber Wettbewerbsvorteile durch die Selektion von Gesunden fortbestünden. Zu einer ähnlichen Problembeschreibung kommt eine andere, von einigen Spitzenverbänden der Krankenkassen beauftrage Gutachtergruppe. Von beiden Gutachtergruppen werden unterschiedliche Lösungsansätze verfolgt, die erst nach Vorlage der Endberichte abschließend beurteilt werden können.

Über die Ergebnisse der von der Bundesregierung in Auftrag gegebenen Untersuchung und die daraus folgenden Maßnahmen wird die Bundesregierung den Deutschen Bundestag gemäß o. g. Entschließung bis zum 31. März 2001 unterrichten. Im Rahmen des 2001 vorzulegenden Gesetzentwurfs einer Reform des Risikostrukturausgleichs und des Organisationsrechts der gesetzlichen Krankenkassen werden die entsprechenden Maßnahmen von der Bundesregierung vorgeschlagen.

Ergänzend hinzuweisen ist auf die von den Aufsichtsbehörden der gesetzlichen Krankenversicherung aufgestellten gemeinsamen Wettbewerbsgrundsätze. Diese Grundsätze dienen den Aufsichtsbehörden als konkret abgestimmte Maßstäbe für ihre jeweiligen Prüfungen. Sie sehen ausdrücklich vor, dass Maßnahmen, die der Risikoselektion dienen oder diese fördern, nicht zulässig sind. Die Aufsichtsbehörden gehen einzelnen Hinweisen auf Verstöße gegen diesen Grundsatz nach.

34. Hat die Bundesregierung vor, die Wettbewerbsparameter für den Wettbewerb zwischen den Kassen neu zu ordnen und welche Veränderungen will sie ggf. bis wann herbeiführen?

Das Gesundheitsstrukturgesetz hat das Ziel einer weitgehenden Angleichung der wettbewerblichen Rahmenbedingungen nur teilweise erreicht und Ungleichheiten im Wettbewerb zwischen den Kassen weiterbestehen lassen. Dem wird die Bundesregierung mit ihrem in Kürze vorzulegenden Gesetzentwurf entgegenwirken. Die Bundesregierung setzt letztendlich auf im System positiv wirkende Instrumente im Interesse der Patientinnen und Patienten für mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit. Auf die Ausführungen zu den Fragen 88 bis 90 wird verwiesen.

35. Erachtet die Bundesregierung im deutschen Gesundheitswesen einen Wettbewerb der Krankenkassen um bessere gesundheitspolitische Konzepte für sinnvoll?

Ausgehend davon, dass offenbar in der Frage Konzepte zur gesundheitlichen Versorgung der Versicherten gemeint sind, ist die Frage mit „ja“ zu beantworten. Deshalb hat die Bundesregierung mit den Regelungen zu Modellvorhaben und Formen integrierter Versorgung im Rahmen der GKV-Gesundheitsreform 2000 den Krankenkassen einen erheblichen Gestaltungsspielraum eingeräumt, sich in den Wettstreit um ein optimales patientenorientiertes Versorgungsmanagement zu begeben.

Die Wettbewerbsmechanismen sind im Gesundheitswesen stets auch unter Patientengesichtspunkten zu bewerten.

36. Welche wettbewerblichen Anreize stehen den Krankenkassen und Leistungserbringern im Bereich der Vertragspolitik zur Verfügung?

    Sind diese hinreichend?

    Wenn nein, was gedenkt die Bundesregierung zu tun?

Im Bereich der ambulanten Versorgung schließen die Krankenkassen oder ihre Verbände die Vergütungsverträge mit den Leistungserbringern getrennt nach Kassenarten. Zudem hat die GKV-Gesundheitsreform 2000 den Krankenkassen die Möglichkeit gegeben, mit Einzelnen und Gemeinschaften von Leistungserbringern integrierte Versorgungsformen zu vereinbaren sowie in Modellvorhaben neue Versorgungsformen zu erproben. Im Übrigen wird auf die Beantwortung zu Frage 10 verwiesen.

37. Befürchtet die Bundesregierung nicht eine Fortsetzung und Verschärfung der massiven Verwerfungen an den Schnittstellen der sektoralen Ausgabenbudgets, die zunächst zeitlich befristet mit dem GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz, jetzt aber dauerhaft im GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 wieder eingeführt worden sind, nachdem sie im 1. GKV-Neuordnungsgesetz abgeschafft worden waren?

Der Begriff der „sektoralen Ausgabenbudgets“ bedarf der Präzisierung, um eine sachbezogene Diskussion der damit verbundenen Fragen der Ausgabensteuerung in der gesetzlichen Krankenversicherung zu ermöglichen. Der Begriff wird üblicherweise für die folgenden sehr unterschiedlichen Steuerungselemente benutzt:

– Im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung wird die Vergütung für die vertragsärztliche Versorgung der Versicherten von den Krankenkassen nicht an die einzelnen Ärzte, sondern – als Gesamtsumme – an die regional jeweils zuständige Organisation der Vertragsärzte, die Kassenärztliche Vereinigung, gezahlt; in Deutschland gibt es 23 Kassenärztliche Vereinigungen. Diese verteilen die Honorarsummen, die sie von den Krankenkassen erhalten haben, an die Ärzte in ihrer Region nach Maßgabe der Leistungsabrechnung der einzelnen Ärzte. Dabei wenden sie den für die Bewertung der vertragsärztlichen Leistungen geltenden sog. Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) und den von ihnen selbst festgelegten Honorarverteilungsmaßstab (HVM) an. Der Begriff „sektorales Ausgabenbudget“ bezieht sich auf die von jeder Krankenkasse mit befreiender Wirkung, d. h. zur Abgeltung aller Honoraransprüche, an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung für die ärztliche Versorgung ihrer Versicherten gezahlte Honorarsumme für alle Ärzte der betreffenden Region, die sog. Gesamtvergütung.

Zur Klarstellung ist darauf hinzuweisen, dass die CDU/CSU/FDP-Koalition die „sektorale Budgetierung“, d. h. die Gesamtvergütungen, im GKV-Neuordnungsgesetz keineswegs abgeschafft hat; es wurden lediglich bestimmte Modifikationen des Vergütungssystems (Stichwort „Regelleistungsvolumina“) vorgenommen. Das damit vor allem verfolgte Ziel, für den einzelnen Arzt die Kalkulierbarkeit seines Honorars zu verbessern, kann auch mit der geltenden Fassung der Regelung zu den Regelleistungsvolumina, die durch das GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz zum 1. Januar 1999 eingeführt worden ist, erreicht werden.

– Ein weiteres Element der Ausgabensteuerung im Bereich der ambulanten Versorgung, das mit dem Begriff „sektorale Budgetierung“ belegt wird, sind die durch das Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 eingeführten Arznei- und Heilmittelbudgets. Mit den Gesamtvergütungen sind die Arznei- und Heilmittelbudgets insofern vergleichbar, als sie den Kassenärztlichen Vereinigungen – nicht dem einzelnen Arzt – eine Ausgabenobergrenze für die Versorgung der Versicherten mit Arznei- und Heilmitteln in der jeweiligen Region vorgeben. Durch die Haftung für die Einhaltung der Budgets soll die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung in die Verantwortung genommen werden, eine wirtschaftliche Versorgung unter Beachtung der geltenden Qualitätsvorgaben zu gewährleisten. Dafür stehen ihr eine Reihe von Steuerungsinstrumenten zur Verfügung, u. a. die Information und Beratung der Ärzte über Kosten und Nutzen von Arznei- und Heilmitteln, die Festlegung von Richtgrößen für das Verordnungsvolumen der Ärzte und – damit verbunden – die Durchführung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen der Verordnungsweise der Ärzte. Die Arznei- und Heilmittelbudgets sind Ausdruck der Mitverantwortung der Kassenärztlichen Vereinigung – und damit der Ärzte, die Mitglieder dieser Vereinigungen sind – für die Gewährleistung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der ambulanten Versorgung. Anstelle der Kollektivhaftung soll ein wirksamer Ersatzmechanismus eingeführt werden.

Irreführend ist die in der Fragestellung enthaltene Behauptung, die Arznei- und Heilmittelbudgets seien von der CDU/CSU/FDP-Koalition im GKV-Neuordnungsgesetz abgeschafft worden. In diesem Gesetz wurden die Vertragspartner, also die Verbände der Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen, verpflichtet, die „sektoralen“ Budgets durch Vereinbarungen über individuelle, auf den einzelnen Arzt bezogene Richtgrößen für die Menge der von einem Arzt verordneten Arznei- und Heilmittel abzulösen. Dieser Verpflichtung sind die Vertragspartner jedoch nur in 4 der insgesamt 23 Vertragsregionen nachgekommen. In den übrigen Regionen sind die Budgets in Kraft geblieben. Durch das GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz haben die Richtgrößen wieder ihren Charakter eines die Arznei- und Heilmittelbudgets flankierenden Steuerungsinstruments erhalten; zugleich wurden allerdings die Budgets für das Jahr 1999 – auf einem erheblich höheren Niveau als in den Vorjahren – neu festgesetzt. Für die Folgejahre sind die Budgets wieder Gegenstand vertraglicher Vereinbarungen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Verbänden der Krankenkassen.

– Ein weiteres Element der Ausgabensteuerung, das als „sektorales Ausgabenbudget“ bezeichnet wird, sind die Budgets der Krankenhäuser. Der Begriff ist hier insofern irreführend, als es sich nicht um „sektorale“ Budgets in dem Sinne handelt, dass sie ein Finanzvolumen für eine Vielzahl von Leistungserbringern beinhalten, wie bei den Honorar- und den Arznei- und Heilmittelbudgets; die Krankenhausbudgets beziehen sich vielmehr jeweils auf ein einzelnes Krankenhaus.

Die geltenden Regelungen für die einzelnen Krankenhausbudgets lassen durchaus flexible Veränderungen zu. Bei genereller Orientierung am Grundsatz der Beitragssatzstabilität bestehen die bereits von der vorherigen Bun-

desregierung eingeführten Ausnahmetatbestände fort, die leistungsorientierte Zuwächse auch oberhalb des Zuwachses der Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen zulassen. Finanzwirksame Veränderungen der Fallzahlentwicklung und der Leistungsstruktur können bei den Budgetverhandlungen zusätzlich berücksichtigt werden (§ 6 Abs. 1 Satz 4 BPflV). Soweit die Krankenkassen der Leistungsausweitung zustimmen (Leistungsstruktur, Fallzahl), kann ein höheres Budget vereinbart werden. Nehmen die Leistungen eines Krankenhauses dagegen ab, so sind seit jeher die Krankenkassen verpflichtet, entsprechend niedrigere Budgets zu vereinbaren.

Die in der Fragestellung enthaltene Vermutung hinsichtlich des Auftretens „massiver Verwerfungen an den Schnittstellen der sektoralen Ausgabenbudgets“ geht von der Vorstellung aus, dass es sich bei den o. a. Budgets um starre Ausgabenvolumina handle. Diese Vorstellung ist unzutreffend; die Budgets sind vielmehr Gegenstand vertraglicher Vereinbarungen zwischen den Krankenkassen bzw. ihren Verbänden und den Kassenärztlichen Vereinigungen resp. den Krankenhausträgern. Die Höhe des Budgets wird jährlich, nach gesetzlich vorgegebenen Kriterien, angepasst. Der dabei zu beachtende Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 71 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch) sieht vor, dass die als Orientierungsgröße für die Ausgabenentwicklung geltende Steigerungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der Gesetzlichen Krankenversicherung, die sog. Grundlohnrate, überschritten werden kann, wenn die damit in einem Ausgabenbereich verbundenen Mehrausgaben durch entsprechende Einsparungen in anderen Ausgabenbereichen kompensiert werden. Die damit mögliche Flexibilität der Verteilung der Mittel auf verschiedene Leistungsbereiche kann dazu beitragen, die in der Fragestellung befürchteten negativen Effekte zu vermeiden.

Für den Krankenhausbereich hat der Gesetzgeber abweichend von § 71 Abs. 2 Satz 2 SGB V mehrere Finanzierungs-Sondertatbestände in § 6 BPflV verankert, die eine Überschreitung der Veränderungsrate und somit mehr Flexibilität zulassen. Voraussetzung ist, dass einer der in § 6 Abs. 1 Satz 4 Nr. 1 bis 5 BPflV enumerativ aufgeführten Tatbestände dies „erforderlich“ macht. Dies ist in dem Umfang der Fall, in dem die Finanzierung des Sondertatbestandes nicht innerhalb der Veränderungsrate möglich ist, beispielsweise durch Einsparungen beim einzelnen Krankenhaus aufgrund der Verkürzung von Verweildauern und Leistungsverlagerungen in die ambulante Versorgung.

Die gesetzlichen Regelungen zum Arznei- und Heilmittelbudget geben keine Abgrenzungen zu anderen Ausgabenbereichen in der GKV vor. Das Ausgabenvolumen in einer KV ist von den Vertragsparteien unter Berücksichtigung gesetzlich vorgegebener Kriterien fortzuschreiben (§ 84 Abs. 1 SGB V). Eine gesetzlich festgelegte, begrenzende Steigerungsrate für die Anpassung des Budgets gibt es nicht.

Letztlich ist die mit der GKV-Gesundheitsreform 2000 eingeführte integrierte Versorgung zu nennen. Soweit es die Besonderheiten der integrierten Versorgung erfordern, wird hier den Beteiligten die Möglichkeit eingeräumt, abweichend von den Regelungen des SGB V und dem Krankenhausfinanzierungsgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung, eine sektorenübergreifende Leistungserbringung und -finanzierung zu vereinbaren. Damit wurde eine wichtige Voraussetzung geschaffen, Schnittstellenprobleme zu überwinden.

38. Wie soll außerhalb von zeitlich befristeten Modellversuchen und den neu geschaffenen integrierten Versorgungseinrichtungen in der Regelversorgung die notwendige Durchlässigkeit der medizinischen Versorgung gewährleistet werden?

Integration und Vernetzung bleiben Ziele der Gesundheitspolitik. Dies wird von der Selbstverwaltung auch in der Regelversorgung zu beachten sein. Die Partner der Selbstverwaltung können die gegebenen gesetzlichen Möglichkeiten im Rahmen des Kollektivvertragssystems verstärkt nutzen, um die sektoralen Grenzen der Leistungssektoren durchlässiger zu gestalten. Auch die Regelungen zur Anwendung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität tragen einer erhöhten Flexibilisierung der Leistungserbringung zwischen den einzelnen Leistungssektoren Rechnung. Die jetzt neu geschaffene Konkurrenz verschiedener Versorgungsformen wird zusätzlich positive Effekte hervorrufen.

Vor allem aber wird durch die GKV-Gesundheitsreform 2000 die Funktion des Hausarztes, die bereits nach bisherigem Recht in der Koordinierungs- und Dokumentationsbefugnis des Hausarztes angelegt war, gestärkt. Der Hausarzt ist nunmehr nicht nur berechtigt, bei anderen Ärzten, sondern auch bei anderen seine Patienten behandelnden Leistungserbringern, die relevanten Patientendaten zu erheben sowie diese und seine eigenen Patientendaten mit Einverständnis des Versicherten anderen Leistungserbringern zur Verfügung zu stellen. Die anderen Leistungserbringer werden verpflichtet, den Versicherten nach dessen Hausarzt zu fragen und diesem Hausarzt diese wesentlichen medizinischen Informationen zur Verfügung zu stellen.

Diese Regelungen tragen dazu bei, die Steuerungsfunktion des Hausarztes zu intensivieren. Insbesondere wird der Koordination diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen, der Dokumentation von Befunden und Berichten der weiterbehandelnden Ärzte und der übrigen Leistungserbringer sowie der langfristigen Betreuung von Versicherten mehr Gewicht eingeräumt.

Darüber hinaus sind den Partnern der Selbstverwaltung im Rahmen der GKV-Gesundheitsreform 2000 weitere Möglichkeiten eingeräumt worden, um die Durchlässigkeit bzw. leistungssektorenübergreifende Verzahnung der medizinischen Versorgung zu fördern. Zu nennen sind insbesondere die zielgenauere Öffnung der Allgemeinkrankenhäuser für die ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung sowie die Erweiterung des Katalogs der ambulanten Operationen um stationsersetzende Eingriffe.

Die Bundesregierung wird für die Zukunft weitere innovative Vorschläge unterbreiten.

39. Warum hat die Bundesregierung auch unter der von ihr präferierten Steuerung durch ein „Globalbudget“ an den genannten sektoralen Budgets festgehalten?

Es trifft zu, dass der Gesetzentwurf GKV-Gesundheitsreform 2000 eine sog. „Globalbudget“-Regelung vorsah, die den einzelnen Krankenkassen eine Obergrenze ihrer jährlichen Ausgaben vorgab. Damit wäre der einzelnen Krankenkasse eine sehr weit reichende Selbstverantwortung für ihre Finanzentwicklung übertragen worden, die jede Kasse umgehend zur Einführung eines modernen sektorübergreifenden Versorgungsmanagements gezwungen hätte. Eine gleichzeitige Aufhebung der gesetzlichen Vorgaben für die Ausgabenobergrenze der Vergütungsverträge in den einzelnen Leistungsbereichen hätte das weiterhin auf die Kassen und ihre Verbände aufgeteilte Vertragsmanagement und die Aufgabenteilung der Kassenseite überfordert.

40. Wie soll unter diesen Budgetbedingungen dem Grundsatz „so viel ambulant wie möglich, so viel stationär wie nötig“ Rechnung getragen werden?

Auf die Antworten zu den Fragen 37, 38 und 49 wird verwiesen.

41. Wie soll die dem neu errichteten Koordinierungsausschuss übertragene Aufgabenstellung wirksam wahrgenommen werden, mit unmittelbarer rechtlicher Verbindlichkeit für Vertragsärzte, Krankenhäuser und andere Leistungserbringer leitliniengestützte Versorgungsstrukturen in die Regelversorgung einzuführen, wenn durch die sektorale Abschottung der einzelnen Versorgungsbereiche eine Verlagerung von Leistungen und dazu benötigter Finanzmittel nahezu unmöglich gemacht wird?

Aufgabe des Koordinierungsausschusses ist insbesondere, auf der Grundlage evidenzbasierter Leitlinien Kriterien für solche Krankheiten zu beschließen, bei denen Hinweise auf unzureichende, fehlerhafte und übermäßige Versorgung bestehen und deren Beseitigung die Morbidität und Mortalität der Bevölkerung nachhaltig beeinflussen kann. Die Kriterien sollen für die Leistungserbringung der Vertragsärzte und der Krankenhäuser festgelegt werden und versorgungsspezifische sowie ggf. versorgungsübergreifende Anforderungen erfüllen.

Die Prämisse in der Frage wird nicht geteilt. Insoweit wird auf die Beantwortung der Frage 37 verwiesen.

Im Krankenhausbereich ist gewährleistet, dass Leistungsverlagerungen z. B. vom stationären in den ambulanten Bereich sofort zu geringeren Ausgaben der Krankenkassen für Krankenhausbehandlung führen. Mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 wurde darüber hinaus in § 6 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 BPflV der schon zuvor geltende Grundsatz bekräftigt, dass solche Verlagerungen von Leistungen aus dem stationären z. B. in den ambulanten Bereich bei der nächsten Budgetvereinbarung für das einzelne Krankenhaus budgetsenkend zu berücksichtigen sind. Diese kurzfristige Berücksichtigung von Leistungsverlagerungen wird auch nicht dadurch in Frage gestellt, dass Krankenhäuser bei Mindererlösen gegenüber dem prospektiv vereinbarten Budget einmalig einen Mindererlösausgleich in Höhe von 40 % erhalten. Diese Regelung ist im Zusammenhang mit den speziellen, auf das einzelne Krankenhaus bezogenen Budgetierungsregelungen zu sehen, die auch dazu führen, dass Krankenhäuser Mehrleistungen gegenüber dem vereinbarten Budget nur zu durchschnittlich rd. 20 % der Pflegesätze vergütet bekommen.

42. Gibt es Erkenntnisse, dass Ärzte und Zahnärzte die Versorgung der Versicherten mit ärztlichen und zahnärztlichen Leistungen unter Hinweis auf bestehende Budgets eingeschränkt haben oder privat abrechnen?

Wenn ja, welche Formen der Leistungseinschränkung sind dies?

In welchem Umfang sind sie aufgetreten?

Im Bundesministerium für Gesundheit ist eine Reihe von Schreiben von Versicherten eingegangen, in denen dargelegt wurde, dass von ihrem Arzt die Erbringung bestimmter Leistungen abgelehnt worden sei. Ein Teil dieser Versicherten hat berichtet, dass der Arzt die Erbringung dieser Leistungen auf der Grundlage einer privaten Abrechnung angeboten habe. Ein großer Teil dieser Schreiben bezog sich auf Leistungen, die nicht der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung unterliegen. Die Versicherten sind in den Antwortschreiben des Bundesministeriums für Gesundheit darauf hingewiesen worden, dass eine private Leistungsabrechnung von Vertragsärzten gegenüber Versi-

cherten der gesetzlichen Krankenversicherung nur unter bestimmten Bedingungen zulässig ist. Wenn diese Bedingungen nicht beachtet werden, liegt ein Verstoß gegen die vertragsärztlichen Pflichten vor. Insbesondere dürfen Leistungen, die zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehören, nicht privat abgerechnet werden. Soweit nicht auszuschließen war, dass der Arzt gegen seine vertragsärztlichen Pflichten verstoßen hat, wurden die Versicherten darauf hingewiesen, dass sie oder ihre Krankenkasse eine Überprüfung des Verhaltens des Arztes bei der Kassenärztlichen Vereinigung beantragen können und dass ggf. die zuständige Aufsichtsbehörde in dem jeweiligen Land, d. h. das für den Bereich Gesundheit/Soziales zuständige Landesministerium, eingeschaltet werden kann. In geeigneten Fällen werden die Schreiben der Versicherten auch unmittelbar an die zuständige Aufsichtsbehörde mit der Bitte um aufsichtsbehördliche Prüfung weitergeleitet.

Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung haben zudem Anspruch auf Versorgung mit den medizinisch notwendigen Arznei- und Heilmitteln, und der Vertragsarzt ist verpflichtet, alle notwendigen Maßnahmen, die zum Leistungsspektrum der vertragsärztlichen Versorgung gehören, durchzuführen oder zu verordnen. Zugleich hat der Arzt das für die Versorgung im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung geltende Wirtschaftlichkeitsgebot zu beachten; d. h., die Verordnung muss ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Der Arzt muss also entscheiden, ob eine Verordnung medizinisch notwendig ist, und er ist verpflichtet, Verordnungswünsche von Patienten abzulehnen, wenn es sich um Präparate oder Heilmittel handelt, deren Verordnung medizinisch nicht geboten ist.

43. Wie kann eine angemessene Vergütung der psychologischen und der ärztlichen Psychotherapeuten gewährleistet werden, ohne dass dies zu Lasten der übrigen Fachärzte erfolgt?

Vom Jahr 2000 an gelten auch für die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen die gesetzlichen Regelungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) für die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen, d. h., psychotherapeutische Leistungen werden wie die übrigen vertragsärztlichen Leistungen aus den Gesamtvergütungen finanziert.

Um den Besonderheiten der psychotherapeutischen Leistungen Rechnung zu tragen, ist durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 mit Wirkung vom 1. Januar 2000 die folgende Regelung getroffen worden, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen bei der Honorarverteilung zu beachtet ist:

„Im Verteilungsmaßstab sind Regelungen zur Vergütung der Leistungen der Psychotherapeuten und der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte zu treffen, die eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit gewährleisten“ (§ 85 Abs. 4 Sozialgesetzbuch V).

Der Inhalt dieser Regelungen ist vom Bewertungsausschuss, d. h. auf Bundesebene, zu bestimmen, um eine bundesweit möglichst einheitliche Umsetzung der gesetzlichen Vorgabe zu gewährleisten. Die vom Bewertungsausschuss hierzu beschlossenen Regelungen sehen vor, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen auf der Grundlage eines vorgegebenen Berechnungsmodells regionale Mindest-Punktwerte für genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen festzusetzen haben.

Da ab dem Jahr 2000 die Gesamtvergütungen getrennt für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung zu verteilen sind (§ 85 Abs. 4a Sozialgesetzbuch V) und die Psychotherapeuten der fachärztlichen Versorgung zugerechnet werden, werden die o. g. Mindest-Punktwerte jeweils

aus dem Gesamtvergütungsanteil für die fachärztliche Versorgung gezahlt. Dadurch geht den übrigen Fachärzten aber grundsätzlich kein Geld verloren, da die vertragsärztlichen psychotherapeutischen Leistungen auch bislang Bestandteil der Gesamtvergütungen waren und mit diesen fortgeschrieben worden sind. Bei der Berechnung des fachärztlichen Anteilswertes der Gesamtvergütungen werden die in den Jahren 1996 bis 1999 von Vertragsärzten erbrachten psychotherapeutischen Leistungen berücksichtigt. Auch die finanziellen Mittel, die von den Krankenkassen bislang im Rahmen der Kostenerstattung für psychotherapeutische Leistungen aufgebracht worden sind, gehen für die Vergütung der Psychotherapeuten nicht verloren: Nach dem Beschluss des Bewertungsausschusses zur Festlegung der Vergütungsanteile für die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung fließen diese Beträge direkt in den Gesamtvergütungsanteil für die fachärztliche Versorgung ein.

Richtig ist aber, dass die Ausgabenhöhe der Krankenkassen für die Kostenerstattungs-Psychotherapie im Jahr 1997 sehr große regionale Unterschiede – insbesondere zwischen den alten und den neuen Ländern – aufgewiesen hat: Während in den neuen Ländern je Versicherten durchschnittlich 0,44 DM an Kostenerstattung gezahlt wurden, waren es in den alten Ländern rd. 5,02 DM. Diese große Differenz ist u. a. mit der erheblich geringeren Anzahl psychotherapeutischer Leistungserbringer in den neuen Ländern und, damit verbunden, einem weit geringeren Volumen an psychotherapeutischen Leistungen zu erklären. Auch im Jahr 1999 lag die Versorgungsdichte in den neuen Ländern weit unterhalb der Versorgungsdichte in den alten Ländern. Ab dem Jahr 2000 ist sicherzustellen, dass für die psychotherapeutische Versorgung im Rahmen des vertragsärztlichen Vergütungssystems ein angemessenes Finanzierungsvolumen zur Verfügung steht, das sowohl der Entwicklung eines bedarfsgerechten Versorgungsumfangs als auch den Kriterien einer leistungsgerechten Vergütung Rechnung trägt. Da die Entwicklung der Versorgungssituation regional sehr unterschiedlich verlaufen kann, ist eine einheitliche Regelung von Seiten des Gesetzgebers hinsichtlich der Höhe des zur Verfügung stehenden Finanzvolumens weder möglich noch sinnvoll.

Diese Anpassung sollte vielmehr auf der Grundlage des geltenden Rechts im Rahmen der Vergütungsverträge für die vertragsärztliche Versorgung erfolgen. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität verhindert dabei nicht, dass ausreichende finanzielle Mittel bereitgestellt werden können, um den notwendigen Ausbau der psychotherapeutischen Versorgung in den neuen Ländern zu ermöglichen: Der Grundsatz der Beitragsatzstabilität sieht – wie bereits an anderer Stelle gesagt – vor, dass eine über den Grundlohnanstieg hinausgehende Steigerungsrate der Vergütungen vereinbart werden kann, wenn die notwendige medizinische Versorgung auch nach Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven ohne Beitragssatzerhöhungen nicht zu gewährleisten ist. Es ist Aufgabe der jeweiligen Vertragsparteien, auf der Grundlage der gesetzlichen Vorgaben für eine angemessene Finanzierung der Versorgung mit psychotherapeutischen Leistungen Sorge zu tragen.

44. Hält die Bundesregierung die Eigenbeteiligung für ein geeignetes Instrument, um in der Psychotherapie eine aktive Mitwirkung des Patienten an der Erzielung eines Heilerfolges zu erreichen?

    Wenn nein, wie will sie die Eigenmotivation des Patienten dann stärken?

Eigenbeteiligungen in der Psychotherapie sind ebenso wie in der übrigen vertragsärztlichen Behandlung allein kein geeignetes Instrument, um die aktive Mitwirkung des Patienten zu fördern. Für die eigene Motivation der Patienten sind auch andere Faktoren, wie z. B. die Qualifikation der Leistungserbringer verbunden mit der Qualität der Leistung selbst, von Bedeutung.

45. Wie kann unter dem geltenden Arznei- und Heilmittelbudget, das nach dem Gesetz keine Differenzierung unter Versorgungsaspekten zulässt, ein notwendiger finanzieller Mehrbedarf für eine bestimmte innovative Arzneimittelentwicklung zur Verfügung gestellt werden?

Die Arznei- und Heilmittelbudgets sind jährlich unter Berücksichtigung gesetzlich vorgegebener Kriterien von den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen vertraglich anzupassen. Zu den auf den erforderlichen Verordnungsumfang ausgerichteten, flexibel anwendbaren Anpassungsparametern zählt ausdrücklich auch die Einführung neuer, innovativer Arzneimittel (§ 84 Abs. 1 Nr. 4 SGB V). Die Vertragsparteien stehen damit in der Verantwortung, auch innovativen Entwicklungen in der Arzneimittelversorgung Rechnung zu tragen.

46. Welche Steuerungsmittel stehen den für die Budgeteinhaltung verantwortlichen Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) zur Budgetsteuerung zur Verfügung?

Die Verpflichtung zur Einhaltung der Arznei- und Heilmittelbudgets mit der noch geltenden „Haftung“ für Budgetüberschreitungen ist ein gesetzliches Mittel, die Kassenärztlichen Vereinigungen dazu anzuhalten, die ihnen zur Verfügung stehenden Instrumente zu nutzen, um eine wirtschaftliche Verordnungsweise der ihnen angehörenden Vertragsärzte zu erreichen. Hierzu zählen insbesondere

– die kontinuierliche Information der Vertragsärzte über die Verordnungsfähigkeit, die Preise, die Indikation und den therapeutischen Nutzen von Arznei- und Heilmitteln,
– die gezielte Beratung einzelner Vertragsärzte auf der Grundlage von Übersichten über deren Verordnungen sowie
– die von den Prüfungsausschüssen der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen durchzuführenden Wirtschaftlichkeitsprüfungen und ggf. Regressverfahren.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben angekündigt, ein gemeinsames Schnellinformationssystem der in der GKV verordneten Arzneimittel jeweils bezogen auf die Kassenärztlichen Vereinigungen im Jahr 2001 einzurichten. Auf dieser Datengrundlage können die Vertragsparteien auf KV-Ebene gemeinsam die regionale Ausgabenentwicklung bewerten, um insbesondere Vertragsärzte und Versicherte abgestimmt zu informieren, Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu erhöhen.

In der Zukunft soll eine ganze Anzahl von Instrumenten zur Verfügung gestellt werden, die auf den Ebenen Kassenärztlicher Vereinigungen und Praxis wirksam werden sollen.

47. Wie beurteilt die Bundesregierung die rechtliche Auseinandersetzung um Festbeträge, Arzneimittelrichtlinien, Aktionsprogramme etc. im Hinblick auf die Wirksamkeit und Notwendigkeit dieser Steuerungsinstrumente?

Die den Rechtsstreitigkeiten zu den Festbeträgen und den Arzneimittel-Richtlinien gemeinsam zugrunde liegende Problematik ist die Frage, ob die Selbstverwaltungspartner unzulässigerweise Regelungen mit Wirkung für Dritte treffen. Die Klärung dieser Frage auch im Zusammenhang mit möglichen Reaktionen des Gesetzgebers berührt Verfassungsrecht.

Daneben ist auch die Frage kartellrechtlich umstritten, ob die Spitzenverbände der Krankenkassen als Nachfrager von Arzneimitteln anzusehen sind und durch die Festsetzung von Festbeträgen gegen EU-Kartellrecht verstoßen. Diese Frage wird von den Sozialgerichten und den Zivilgerichten unterschiedlich beurteilt. Das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen hat diese Frage dem EuGH vorgelegt. Die Bundesregierung geht davon aus, dass sich infolge der zu erwartenden EuGH-Entscheidung oder der BGH-Entscheidung in den beiden laufenden Revisionsverfahren Rechtsklarheit ergibt.

Jenseits der Frage dieser rechtlichen Auseinandersetzungen hat die Bundesregierung ein Interesse, die Effektivität der Festbeträge zu sichern Die Festbeträge haben auch den Preiswettbewerb unter den pharmazeutischen Unternehmern angeregt. Es wird in diesem Zusammenhang auf die vom Bundesverband der Betriebskrankenkassen angegebenen, durch die Festbeträge insgesamt erwirtschafteten Einsparungen von jährlich ca. 3 Mrd DM verwiesen.

Die Bundesregierung steht im Gespräch mit den Beteiligten, um in absehbarer Zeit einen rechtlich akzeptablen Vorschlag zu unterbreiten.

48. Wie rechtfertigt die Bundesregierung die Mithaftung von Vertragsärzten bei Budgetüberschreitungen, die aufgrund ihres Fachgebietes keine Arzneimittel verschreiben oder die in ihrem Verschreibungsverhalten sehr wirtschaftlich sind?

Nach der gesetzlichen Vorgabe verringern sich nach den geltenden Bestimmungen die von den gesetzlichen Krankenkassen an die Kassenärztliche Vereinigung für die Vergütung aller Vertragsärzte entrichteten Honorarvolumina (Gesamtvergütungen) um den Betrag, um den das Arznei- und Heilmittelbudget überschritten worden ist, begrenzt auf 5 v. H. des Budgets (§ 84 Abs. 1 Satz 4 SGB V).

Es werden somit die von den Krankenkassen an die KV für die gesamte vertragsärztliche Versorgung der jeweiligen Versicherten zu entrichtenden Vergütungen gekürzt. Für die Sicherstellung der wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten ist die KV gegenüber den Krankenkassen verantwortlich. Dies gilt auch für die Verordnung von Arznei- und Heilmitteln. Dementsprechend trägt die KV auch die Verantwortung für die Einhaltung des von ihr mit der Kassenseite vereinbarten Arznei- und Heilmittelbudgets.

Das Gesetz enthält keine nähere Regelung, wie die KV einen Ausgleichsbetrag wegen Budgetüberschreitung auf die Vertragsärzte aufteilt. Es regelt lediglich, dass sich der Ausgleichsbetrag um die von dem Prüfungsausschuss für den Budgetzeitraum festgesetzten Regresse verringert. Insbesondere gibt es keine gesetzliche Vorgabe zur gleichmäßigen Kürzung der Einzelhonorare von Vertragsärzten unabhängig von der Verursachung. Die sachgerechte Aufteilung ist Angelegenheit der KVen. Es liegt nahe, dass sie dabei die Entscheidungen des Prüfungsausschusses für den Budgetzeitraum berücksichtigen.

Im Übrigen hat sich die Bundesregierung mit den Vertretern der Kassenärztlichen Bundesvereinigung darauf verständigt, in Gesprächen mit den Beteiligten zu prüfen, ob die bestehende gesetzliche Regelung zum Arznei- und Heilmittelbudget durch sinnvolle Alternativen abgelöst werden kann. Der damit verbundene Dialog ist im Gange.

49. Wie kann unter fortbestehenden sektoralen Ausgabenbudgets und einem bis 2003 fortbestehenden Krankenhausbudget eine allseits anerkannte bessere Verzahnung von ambulant und stationär mit der gewünschten Verlagerung von stationären Krankenhausfällen in die ambulante Versor-

gung erfolgen, wenn die Vertragsärzte unter sektoralen Budgets bei Übernahme zusätzlicher Aufgaben mit einem weiteren Preisverfall und verschärfter Budgethaftung bei einer damit verbundenen Intensivierung der Arznei- und Heilmittelversorgung rechnen müssen?

Bei einer Leistungsverlagerung in den ambulanten Bereich können entsprechend höhere Vergütungen vereinbart werden, wenn die damit verbundenen Mehrausgaben der Krankenkassen durch vertraglich abgesicherte oder bereits erfolgte Einsparungen in anderen Leistungsbereichen ausgeglichen werden (§ 71 Abs. 2 SGB V).

Erhöht sich in der Arznei- und Heilmittelversorgung der GKV der erforderliche Verordnungsumfang im ambulanten Bereich, haben die Vertragsparteien auf KV-Ebene dieser Entwicklung bei der Fortschreibung der Arznei- und Heilmittelbudgets Rechnung zu tragen (§ 84 Abs. 1 SGB V). Bei der Berücksichtigung derartiger Entwicklungen stehen die Handelnden in der gemeinsamen Selbstverwaltung in erhöhter Verantwortlichkeit.

Im Krankenhausbereich ist gewährleistet, dass Leistungsverlagerungen z. B. vom stationären in den ambulanten Bereich sofort zu geringeren Ausgaben der Krankenkassen für Krankenhausbehandlung führen. Mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 wurde darüber hinaus in § 6 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 BPflV der schon zuvor geltende Grundsatz bekräftigt, dass solche Verlagerungen von Leistungen aus dem stationären z. B. in den ambulanten Bereich bei der nächsten Budgetvereinbarung für das einzelne Krankenhaus budgetsenkend zu berücksichtigen sind.

50. Wie kann die Verzahnung gelingen, wenn nach wie vor an getrennten Vergütungssystemen für die ambulante Versorgung (Kopfpauschalen) und die stationäre Versorgung (Fallpauschalen) festgehalten wird, und wenige (insbesondere für ambulantes Operieren und stationsersetzende Eingriffe), aber identische Leistungen in beiden Bereichen konkurrierend erbracht werden?

Die Tatsache, dass in der ambulanten und der stationären Versorgung verschiedene Vergütungssysteme bestehen, hat keine letztlich entscheidenden Auswirkungen auf die Frage, ob eine Verzahnung zwischen diesen Leistungsbereichen möglich ist.

Auch ist davon auszugehen, dass auf Grund der von Krankenhäusern geforderten „Rund-um-die-Uhr-Versorgung, unterschiedlicher Personalvergütungs-Tarife“, der Vorhaltung von Kapazitäten, der Notfallversorgung sowie Unterschieden hinsichtlich des Schweregrades von Erkrankungen und des Alters von Patienten in vielen Bereichen eine stationäre Versorgung teuerer ist als eine ambulante Versorgung. Darüber hinaus sind im Krankenhaus neben ärztlichen Leistungen auch pflegerische Leistungen sowie die Kosten für Unterkunft und Verpflegung mit den stationären Entgelten zusätzlich zu vergüten. Es muss deshalb Zielsetzung sein, Patienten nur dann stationär zu behandeln, wenn dies erforderlich ist, also eine ambulante Behandlung unter Berücksichtigung aller wesentlicher Aspekte für den einzelnen Patienten nicht möglich ist. Die entsprechenden gesetzlichen Vorgaben dazu bestehen.

Mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 wurden die Möglichkeiten für eine Verzahnung nachhaltig verbessert. Zu nennen ist hier insbesondere die Ermöglichung integrierter Versorgungsformen als Regelversorgung, die abweichende Vereinbarungen von den Regelungen des Leistungserbringerrechts des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und vom Krankenhausfinanzierungsgesetz ermöglichen, soweit dies zur Durchführung von integrierten Versorgungsformen erforderlich ist. Ferner wird derzeit der Katalog ambulant durchführbarer

Operationsleistungen überarbeitet und um den Bereich der stationsersetzenden Leistungen erweitert. Dabei werden neben ambulant durchführbaren Operationen weitere Eingriffe aufgenommen, die auch ambulant durchgeführt werden können wie z. B. kardiologische Interventionen oder gastroskopische Untersuchungen. Zudem werden die Leistungen markiert, bei denen die ambulante Leistungserbringung – durch Krankenhäuser oder durch Vertragsärzte – der Regelfall ist.

Bereits 1993 haben die Partner der Selbstverwaltung auf der Grundlage des § 115b SGB V für ambulante Operationsleistungen einheitliche Vergütungsregelungen getroffen, die gleiche Wettbewerbsbedingungen für den ambulanten und stationären Leistungsbereich schaffen. Hierdurch wird ein Beitrag zur besseren Verzahnung von ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen geleistet.

51. Verfolgt die Bundesregierung den Plan einer monistischen Krankenhausfinanzierung weiter, nachdem sie die Reform der Krankenhausfinanzierung stets als Kernpunkt ihrer Reform bezeichnet hat?

    Wenn ja, welche Pläne hat die Bundesregierung?

Mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 ist der Grundstein zur Einführung eines umfassenden pauschalierenden Entgeltsystems für die Krankenhausleistungen gelegt worden. Dies ist das Kernstück der Reform für den stationären Sektor. Die Bezahlung von Leistungen tritt dann endgültig an die Stelle des Ersatzes von Kosten. Das ist leistungsfördernd und effizienzanreizend. Die Fallpauschalen enthalten Investitionskostenanteile nicht; eine Einbeziehung ist in dieser Legislaturperiode nicht vorgesehen.

52. Wie steht die Bundesregierung angesichts der finanziellen Schwierigkeiten vieler Krankenhäuser zu einer verstärkten Privatisierung?

Kennzeichnend für das deutsche System der Krankenhausfinanzierung ist der Grundsatz der Trägervielfalt mit öffentlichen, freigemeinnützigen und privaten Krankenhausträgern. Ziel der Bundesregierung ist es unverändert, die gewachsene Trägervielfalt, die sich bewährt hat, als solche zu erhalten. Dies steht einer im Einzelfall wegen der Kostenentwicklung oder der Wettbewerbssituation gebotenen Privatisierung öffentlicher Krankenhäuser nicht entgegen.

Soweit unter „Privatisierung“ ein Übergang der Trägerschaft auf private Anbieter verstanden wird, so steht dem Bundesrecht nicht entgegen. Entscheidend ist, dass Krankenhäuser eine moderne Unternehmensform erhalten und hinreichend flexibel handeln können. Dabei hält die Bundesregierung jedoch daran fest, dass es dem jeweiligen öffentlichen Träger überlassen bleiben muss, unter Abwägung aller im Einzelfall entscheidungserheblichen Gesichtspunkte darüber zu befinden, ob ein Krankenhaus in private Trägerschaft überführt wird.

Soweit unter „Privatisierung“ eine Änderung der Rechtsform, z. B. durch Bildung einer GmbH, und damit verbunden eine stärkere Selbständigkeit des Krankenhausmanagements verstanden wird, unterstützt die Bundesregierung dies ausdrücklich. Die Krankenhaus- und Kommunalgesetze der Länder lassen es heute auch ausnahmslos zu, kommunale Krankenhäuser in privater Rechtsform und nach privatwirtschaftlichen Grundsätzen zu führen. Insbesondere im Hinblick auf das mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 beschlossene und zum 1. Januar 2003 einzuführende Fallpauschalensystem (DRG – Diagnosis Related Groups) und die sich daraus ergebenden Anforderungen sollten notwendige Entscheidungen rasch getroffen werden.

53. Mit welcher zukünftigen Leistungs- und Fallzahlentwicklung im Krankenhausbereich rechnet die Bundesregierung angesichts des demographischen Wandels und des medizinisch-technischen Fortschritts?

Zur Einschätzung der künftigen Leistungs- und Fallzahlentwicklung im Krankenhausbereich dürfen nicht einfach bestehende Entwicklungen fortgeschrieben werden, sondern sind auch absehbare Veränderungen von Abläufen und Strukturen einzubeziehen. Einerseits werden das künftig höhere Durchschnittsalter der Bevölkerung und der medizinisch-technische Fortschritt voraussichtlich zu einer Leistungs- und Fallzahlausweitung führen. Andererseits werden die mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 eingeführten Möglichkeiten, neue Versorgungsformen einzuführen (z. B. die integrierte Versorgung) und den Grundsatz „ambulant vor stationär“ besser umzusetzen (z. B. durch den Katalog stationsersetzender Leistungen), für eine Entlastung der Krankenhäuser sorgen. Auch ist davon auszugehen, dass künftig mehr Erkrankungen ambulant behandelbar sein werden. Darüber hinaus wird das zum 1. Januar 2003 einzuführende neue Fallpauschalensystem eine weitere Verkürzung der Verweildauern der Patienten in den Krankenhäusern sowie zur Ausweitung vor- und nachstationärer Behandlungen unterstützen.

Auf Grund dieser Zusammenhänge und der Unwägbarkeit künftiger Entwicklungen hält die Bundesregierung derzeit eine Schätzung der Leistungs- und Fallzahlentwicklung im Krankenhausbereich nicht mit der erforderlichen Genauigkeit für möglich. Sie spricht sich deshalb dafür aus, die Versorgungsabläufe und -strukturen effizienter zu gestalten, um für künftige Herausforderungen gerüstet zu sein. Der Bundesregierung ist bekannt ist, dass die meisten Bundesländer in ihrer Zuständigkeit für die Krankenhausplanung derzeit einen entsprechenden Abbau von Betten planen.

54. Sind der Bundesregierung Untersuchungen bekannt, mit denen die vermuteten Rationalisierungsreserven des Gesundheitswesens z. B. im Bereich der Doppel- und Mehrfachdiagnostik an der Grenze zwischen ambulanter und stationärer Versorgung dargestellt werden können?

Auf die Antwort zur Frage 14 wird verwiesen.

55. Ist es nach Auffassung der Bundesregierung auch vor dem Hintergrund der Einführung eines neuen Entgeltsystems im Krankenhausbereich nicht weiterhin notwendig, die Regelungen zur Krankenhausplanung und -investitionsfinanzierung dahin gehend zu überarbeiten, dass eine rechtssichere Kapazitätsanpassung ermöglicht und eine Investitionsfinanzierung durch die Länder vorangetrieben wird?

Nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz fallen sowohl die Krankenhausplanung als auch die Investitionsförderung in die Zuständigkeit der Länder. Die Bundesregierung hatte mit der GKV-Gesundheitsreform 2000 Änderungen für die Zulassung von Plankrankenhäusern zur Behandlung GKV-Versicherter vorgesehen, die bei einer Rahmenplanung des jeweiligen Bundeslandes eine Stärkung der Verantwortung der Krankenkassen bewirkt hätten, jedoch an der ablehnenden Haltung des Bundesrates gescheitert sind. Vor diesem Hintergrund beobachtet die Bundesregierung die Höhe der von den Ländern zur Verfügung gestellten Investitionsmittel mit Sorge, insbesondere die seit mehreren Jahren in etlichen Ländern stagnierenden bzw. rückläufigen Ausgaben.

Die Einführung eines vollständigen Fallpauschalensystems wird auch Auswirkungen auf die Krankenhausplanung haben. Im Zusammenhang mit den noch zu regelnden Rahmenbedingungen zur Einbindung des neuen Entgeltsystems in

das Krankenhausfinanzierungsrecht wird sinnvollerweise auch die Frage der Investitionen und der Kapazitätsanpassungen zu beraten sein.

56. Warum führt der Anstieg der Zahl der ambulanten Operationen nicht zu einer Absenkung der Krankenhausfälle?

Mit der Begleitforschung zur Bundespflegesatzverordnung 1995 wurde ein Anstieg der Zahl ambulanter Operationen in Krankenhäusern dokumentiert, allerdings auf niedrigem Niveau. Dies lässt den Schluss zu, dass Operationen, die früher stationär durchgeführt wurden, offenbar zunehmend auch im Krankenhaus ambulant durchgeführt werden. Die aus diesem Grunde sich ergebende Verringerung der Fallzahlen wird durch Fallzahlerhöhungen aus anderen Anlässen überkompensiert, so dass sie sich in den Gesamtfallzahlen statistisch nicht sichtbar niederschlägt. Es gibt keine Statistiken, die belegen könnten, inwieweit dies auch für Verlagerungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich gilt. Auch kann die gesamte Fallzahlentwicklung des ambulanten Bereiches nicht undifferenziert der Fallzahlentwicklung im stationären Bereich gegenübergestellt werden. Monokausale Hypothesen verbieten sich geradezu.

Stichprobenartige Auswertungen von Zahlen des ambulanten Bereiches legen die Vermutung nahe, dass die dortigen hohen Fallzahlsteigerungen hauptsächlich in Diagnosebereichen erfolgt sind, die ambulant erbracht werden. Demgegenüber sind Fallzahlsteigerungen des ambulanten Bereiches in Diagnosebereichen, die bisher stationär behandelt wurden, vergleichsweise deutlich geringer. Berücksichtigt werden muss auch, dass die Gesamt-Fallzahl der Krankenhäuser auch auf Grund von statistischen Zähleffekten steigt. Wird ein bisher einheitlicher längerer Krankenhausaufenthalt des Patienten auf Grund neuer Behandlungsabläufe ersetzt durch mehrere Kurzaufenthalte, z. B. bei der Chemotherapiebehandlung von Krebspatienten, so ergibt sich hieraus eine statistisch höhere Zahl von Krankenhausfällen.

Zum Vergleich der Fallzahlentwicklung des ambulanten und des stationären Bereiches müssten deshalb gezielte diagnosebezogene und um Zähleffekte bereinigte Zahlen erarbeitet werden. Es ist davon auszugehen, dass Entlastungen des stationären Krankenhausbereichs sich beim einzelnen Krankenhaus budgetmindernd niederschlagen (vgl. die Antwort zu Frage 41).

Der im Übrigen mit der Frage unterstellte zwangsläufige Zusammenhang zwischen den Leistungsbereichen „Ambulantes Operieren“ und „Stationäre Krankenhausbehandlung“ besteht nicht. Zwar ist die Bestimmung des § 115b Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) mit dem Gesundheitsstrukturgesetz u. a. mit dem Ziel eingeführt worden, die stationäre Krankenhausbehandlung bei geeigneten Patienten auf das medizinisch notwendige Maß zu reduzieren. Hieraus kann jedoch nicht geschlossen werden, dass der Anstieg der Zahl der ambulanten Operationen insgesamt einen Anstieg der Zahl der stationären Krankenhausbehandlungen vermeidet. Die Frage der Durchführung eines stationären Krankenhausaufenthaltes richtet sich allein nach medizinischen Notwendigkeiten. Die stationären Krankenhausfälle können deshalb unabhängig von der Zahl der ambulanten Operationen und zudem infolge anderer Ursachen wie z. B. Altersmorbidität ansteigen.

57. Sind nach Auffassung der Bundesregierung stationäre Dialyseplätze überhaupt notwendig oder könnten sie durch eine verbesserte Kooperation zwischen ambulanten Dialyseanbietern und Krankenhäusern ersetzt werden?

Die Notwendigkeit der Vorhaltung stationärer Dialyseplätze steht schon angesichts der orts- und zeitnah sicherzustellenden Versorgung von stationär zu behandelnden Patienten außer Frage, die z. B. im Rahmen intensivmedizinischer Betreuung oder im Zusammenhang mit vorbestehender Dialysebehandlung – unabhängig vom Grund der Krankenhausbehandlung – eine Hämodialyse bzw. vergleichbare Verfahren benötigen. Dies schließt nicht aus, dass in geeigneten Fällen auch eine sachgerechte Kooperation zwischen Krankenhäusern und externen Dialyseeinrichtungen zur Sicherstellung der Versorgung sinnvoll sein kann.

Die erforderlichen Entscheidungen sind in erster Linie im Rahmen der Krankenhausplanung zur bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung durch das jeweilige Bundesland bzw. durch die Verantwortlichen vor Ort zu treffen.

58. Welche Konzeption ist für eine Reform der Universitätskliniken in Deutschland entwickelt worden?

Die Universitätsklinika sind Einrichtungen des Hochschul- und des Gesundheitswesens. Sie sind Einrichtungen der Länder.

Der Bund beteiligt sich an der strukturellen Entwicklung der Universitätsklinika im Rahmen seiner verfassungsrechtlich verankerten Zuständigkeiten für den Hochschul- und den Krankenhausbereich in den Formen des Zusammenwirkens mit den Ländern, die nach den jeweiligen Bundeszuständigkeiten möglich sind. In diesem Rahmen ist die Konzeptionsentwicklung für eine Reform der Universitätsklinika Aufgabe der Länder.

Im Hochschulbereich wirkt der Bund insbesondere im Rahmen der Gemeinschaftsaufgabe Hochschulbau nach Art. 91a GG an der Rahmenplanung und Finanzierung von Hochschulkliniken nach Maßgabe des Hochschulbauförderungsgesetzes an den Aufgaben der Länder mit. Dabei wirkt er darauf hin, dass die Eigenständigkeit medizinischer Forschung und Lehre an den Hochschulkliniken wissenschaftlich und finanziell gewahrt, ihre Leistungsfähigkeit verbessert und die Investitionsfinanzierung nach dem Hochschulbauförderungsgesetz für die universitären Einrichtungen der Krankenversorgung gesichert wird.

Dabei verschafft er im Zusammenhang mit Strukturreformen der Hochschulmedizin, die landesgesetzlich durchgeführt werden, den folgenden Grundsätzen Geltung, innerhalb deren sich auf Landesebene ein Wandel hochschulmedizinischer Organisations- und Finanzierungsstrukturen vollzieht:

- Die Aufgaben- und Finanzverantwortung für die medizinische Forschung und Lehre müssen bei der Universität bzw. der Medizinfakultät für eine an wissenschaftlichen Leistungskriterien orientierte Mittelvergabe so zusammengeführt werden, dass die für Forschung und Lehre zur Verfügung gestellten oder eingeworbenen Mittel gegen eine Inanspruchnahme für Aufgaben der Krankenversorgung gesichert sind.
- Der universitäre Krankenhausbetrieb muss in die Lage versetzt werden, durch eine ertragsorientierte Wirtschaftsführung als Dienstleistungsunternehmen die Kosten der Krankenversorgung mit den Vergütungen öffentlicher oder privater Kostenträger zu decken.
- Im Falle der rechtlichen Verselbständigung von Universitätsklinika muss die Medizinfakultät als Teil der Universität uneingeschränkt Aufgabenträger

von Forschung und Lehre bleiben. Das Klinikum muss den Aufgaben der Medizinfakultät in der klinischen Forschung und Lehre durch Krankenversorgung dienen; nur insoweit und in seiner Funktion als ein Ort der Forschung und Lehre ist es eine Hochschuleinrichtung.

- Aufgabe eines Universitätsklinikums ist es, Krankenversorgung in dieser Verbindung mit medizinischer Forschung und Lehre in dem dafür erforderlichen Umfang und auf einem den Anforderungen der Wissenschaft entsprechenden Niveau zu betreiben. Das Klinikum und seine Organe müssen grundsätzlich verpflichtet sein, den Beschlüssen von Universitäts- oder Fakultätsorganen in deren Angelegenheiten zu entsprechen.

Diesen Leitlinien entsprechende Grundsätze hat die Bundesregierung in der Begründung der 26. Verordnung zur Ergänzung der Anlage zum Hochschulbauförderungsgesetz beschlossen (vgl. BR-Drucksache 1043/97). Nach diesen Grundsätzen wurden die Strukturreformen der Hochschulmedizin, die die Länder Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz, Sachsen, Schleswig-Holstein und Hessen zugleich mit einer rechtlichen Verselbständigung ihrer Universitätsklinika durchgeführt hatten, in dem Verfahren zur Aufnahme der betreffenden Universitätsklinika in die Anlage zum Hochschulbauförderungsgesetz geprüft und vom Wissenschaftsrat mit positivem Ergebnis begutachtet. Weitere Länder, die ihre Universitätsklinika rechtlich verselbständigen, werden ihre Strukturreformen an den dargestellten Grundsätzen messen lassen müssen.

Darüber hinaus unterstützt das BMBF durch Projektförderung im Rahmen des Programms „Gesundheitsforschung“ die Entwicklung neuer innovativer Forschungsstrukturen in den Universitätsklinika.

D. Medizinische Rehabilitation

59. Wann wird die Bundesregierung im Interesse der chronisch Kranken die angekündigte Vernetzung präventiver, akuter und rehabilitativer Therapieformen sicherstellen?

Die Vernetzung präventiver, akuter und rehabilitativer Therapieformen soll die Grenzen zwischen den einzelnen Versorgungsformen durchlässiger machen und dabei auch die Übergänge von der kurativen Behandlung zur Rehabilitation weiter verbessern. Im Bereich der Renten-, der Kranken- und Unfallversicherung werden seit langem Formen der Vernetzung und des Case-Managements routinemäßig eingesetzt. Nach dem Neunten Buch des Sozialgesetzbuchs, dessen Entwurf nunmehr beraten wird, sollen die Rehabilitationsträger durch geeignete Maßnahmen darauf hinwirken, dass der Eintritt einer Behinderung vermieden wird. Ein Hauptanliegen des Gesetzgebungsvorhabens ist es, die Koordination der Leistungen und die Kooperation der Leistungsträger durch wirksame Instrumente sicherzustellen. Im Übrigen sollen die Rehabilitationsträger die Leistungen so vollständig, umfassend und in gleicher Qualität erbringen, dass weitere Leistungen eines anderen Trägers möglichst nicht erforderlich werden.

60. Wann werden „klare Begriffsdefinitionen auf der Basis der WHO-Definition“ zur Prävention, Vorsorge und Rehabilitation geschaffen?

Im Mittelpunkt des Gesetzgebungsvorhabens zum Neunten Buch des Sozialgesetzbuchs steht die Ermöglichung eines selbstbestimmten Lebens für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen. Ziel der Sozialleistungen soll in Anlehnung an das „Partizipationsmodell“, das der im Rahmen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) stattfindenden internationalen Diskussion um eine Weiterentwicklung der Internationalen Klassifikation der Schädigungen,

Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen (ICIDH-1) zur „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit und Behinderung“ (ICIDH-2) zugrunde liegt, die Förderung der Teilhabe der behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen an der Gesellschaft, insbesondere am Arbeitsleben, sein.

61. Was gedenkt die Bundesregierung zu tun, um die angekündigte „Qualifizierung von Ärzten im Rahmen ihrer Aus- und Weiterbildung zur besseren Bestimmung und Nutzung von Rehabilitationsmaßnahmen“ baldmöglichst zu verwirklichen?

Ärzte sind die erste Anlaufstelle, wenn medizinische, berufliche oder soziale Rehabilitationsmaßnahmen erforderlich werden. Um Ärzte für ihre Aufgaben zu qualifizieren, ist die Rehabilitation nach den Vorgaben der Approbationsordnung für Ärzte Gegenstand der ärztlichen Ausbildung. Soweit es um die Feststellung von Ausbildungsinhalten geht, sind die Möglichkeiten des Bundes beschränkt; beispielsweise sind in der Approbationsordnung für Ärzte die Ausbildungsinhalte nicht im Einzelnen geregelt. Der Bund kann nur auf die Inhalte der Ausbildung über die Prüfungsstoffkataloge für die schriftlichen Prüfungen, die Beschreibung der Gegenstände der mündlichen Prüfungen, die Feststellung von Pflichtunterrichtsveranstaltungen sowie die Ausbildungszieldefinitionen Einfluss nehmen. Es ist davon auszugehen, dass der vom Gesetzgeber festgelegte Prüfungsstoff gelehrt wird. In der durch die Siebente Änderungsverordnung in die Approbationsordnung für Ärzte aufgenommenen Ausbildungszieldefinition ist die Vermittlung von Kenntnissen in der Rehabilitation unter Berücksichtigung der psychischen und sozialen Lage der Patienten als Ziel der ärztlichen Ausbildung ausdrücklich genannt. Fragen der Rehabilitation sind auch Gegenstand des Zweiten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung; der Prüfungsstoffkatalog enthält für den schriftlichen Teil dieser Prüfung unter anderem das Thema „Ärztliche Aspekte der Rehabilitation behinderter Menschen bei medizinischer, pädagogischer, sozialer und beruflicher Ein- und Wiedereingliederung in Gesellschaft, Familie, Schule und Arbeit“.

Im Rahmen ihrer Möglichkeiten hat die Bundesregierung in der neuen Approbationsordnung für Ärzte, die derzeit dem Bundesrat vorliegt, die Voraussetzungen für eine bessere Qualifizierung von Ärzten im Hinblick auf Rehabilitationsmaßnahmen geschaffen.

Ein Ziel der Reform der ärztlichen Ausbildung war von Beginn an die Ausrichtung der Ausbildung auf die sich ändernden Anforderungen in der medizinischen Versorgung, die eng mit dem Wandel im Krankheitsspektrum und den dadurch notwendigen Änderungen des Versorgungssystems verknüpft sind. In diesem Zusammenhang war die Verbesserung der Ausbildung im Bereich der Rehabilitation von Beginn an Gegenstand der Reformüberlegungen.

Die Rehabilitation hat daher an mehreren Stellen in der neuen Approbationsordnung Berücksichtigung gefunden. Ausdrückliche Erwähnung findet die Rehabilitation im Katalog der Querschnittsbereiche, aus dem Leistungsnachweise erbracht werden müssen, die Zugangsvoraussetzung für den Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung sind. Zusätzlich haben die Universitäten die Möglichkeit, „Rehabilitationswesen“ als Wahlfach anzubieten. Darüber hinaus sind Fragen der Rehabilitation Gegenstand des Zweiten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung.

Auch die Vorgabe in der novellierten Approbationsordnung, den Unterricht verstärkt fächerübergreifend und problemorientiert am Lehrgegenstand auszurichten, kommt der Ausbildung im Bereich der Rehabilitation zugute. Gerade diese Materie eignet sich wegen ihres interdisziplinären Charakters gut für einen fächerübergreifenden Unterricht.

Durch die neue Approbationsordnung soll den Hochschulen insgesamt ein größerer Gestaltungsspielraum eingeräumt werden. Es wird daher wesentlich von den Hochschulen abhängen, wie sie die durch die novellierte Approbationsordnung eröffneten Möglichkeiten zugunsten der Rehabilitation nutzen.

Der Ärztetag hat 1992 die Weiterbildungsordnung für Ärzte um die Zusatzbezeichnung „Rehabilitationswesen“ und die Einführung einer Gebietsbezeichnung „Physikalische und rehabilitative Medizin“ ergänzt. Mit der Aufnahme des Komplexes „Rehabilitationswesen“ sollen Ärzte Kenntnisse und Fähigkeiten erlernen und einüben, die als Spezifikum der Rehabilitation mit ihren Verknüpfungen zum psychologischen, pädagogischen, beruflichen und sozialen Bereich anzusehen sind. Durch die Weiterbildung im Bereich „Rehabilitationswesen“ soll vor allem die Koordinationskompetenz des Arztes im gesamten Feld der Rehabilitation, also nicht nur in der medizinischen, sondern auch in der beruflichen und sozialen Rehabilitation gestärkt werden. Nach umfangreichen Vorarbeiten verabschiedete der Vorstand der Bundesärztekammer im April 1994 die Neufassung der (Muster-)Richtlinien über den Inhalt der beiden Weiterbildungsgänge. Um eine Übereinstimmung der Kursweiterbildung „Rehabilitation“ zwischen den verschiedenen Ärztekammern herbeizuführen und mit einem klar gegliederten Curriculum zur Qualitätssicherung beizutragen, hat die Bundesärztekammer unter Beteiligung des bei der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation gebildeten Sachverständigenrates der Ärzteschaft ein „Kursbuch Rehabilitation“ mit methodischen Empfehlungen, Lehr- und Lerninhalten für die theoretischen Weiterbildungskurse zur Zusatzbezeichnung „Rehabilitationswesen“ erstellt.

Krankenhaus- und niedergelassene Ärzte benötigen für ihre Mitwirkungsmöglichkeiten spezifische Kenntnisse über die Einleitung und Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen, aber auch über die relevanten sozialversicherungsrechtlichen Grundlagen. Daher empfiehlt die Bundesärztekammer seit jeher, in Fortbildungsveranstaltungen auch eine umfassende Information der Ärzte über Maßnahmen der Rehabilitation einzubeziehen, und konzipiert solche Veranstaltungen seit langem auch unter dem weitgespannten Bogen „Prävention – Diagnostik – Therapie – Rehabilitation“.

62. Hält die Bundesregierung am gegliederten System auch für die medizinische Rehabilitation weiter fest oder sieht sie Anlass, die Zuständigkeiten bei einem Leistungsträger zu konzentrieren, ggf. bei welchem?

Die Bundesregierung hält auch bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation weiter am gegliederten System fest. Mit der Einrichtung trägerübergreifender, gemeinsamer Servicestellen und einer raschen Zuständigkeitsklärung sollen im Rahmen des Neunten Buches Sozialgesetzbuch die Nachteile des gegliederten Systems, beispielsweise lange Wartezeiten auf Maßnahmen der Rehabilitation oder Zuständigkeitsstreitigkeiten zwischen den Rehabilitationsträgern, überwunden werden.

63. Ist die Bundesregierung der Auffassung, dass die Gleichwertigkeit und Gleichgewichtigkeit von Reha-Leistungen, insbesondere im Verhältnis zu den Leistungen der Akutversorgung, durch folgende Maßnahmen hergestellt werden könnten:

– Konzentration der Rehabilitation auf medizinisch notwendige Leistungen,

– Verzicht auf zeitliche Vorgaben für Dauer und Abstände der Leistungen,

– Ausgestaltung der Reha-Leistungen als Rechtsanspruchsleistungen anstelle der bisher üblichen Ermessensleistungen?

Die Rehabilitationsträger erbringen nur dann medizinische Leistungen zu Rehabilitation, wenn diese aus gesundheitlichen Gründen erforderlich sind. Medizinisch nicht notwendige Leistungen werden nicht erbracht.

Die allgemeine Behandlungsdauer einer medizinischen Maßnahme zur Rehabilitation nach dem Sechsten Buch Sozialgesetzbuch ist im Wesentlichen sachgerecht, da für einen großen Teil der notwendigen Behandlungen dieses Zeitkontingent ausreichend ist. Der Gesetzgeber hat den Rehabilitationsträgern jedoch die Möglichkeit belassen, länger dauernde Behandlungen durchzuführen, soweit es aus medizinischen Gründen zur Erreichung des Rehabilitationszieles notwendig ist. Auch die Vorgabe von bestimmten Zeitabständen zwischen zwei Rehabilitationsleistungen ist durchaus sachgerecht, da sich die geltenden Zeitabstände grundsätzlich bewährt haben und der Gesetzgeber bei medizinischer Notwendigkeit vorzeitige Wiederholungsbehandlungen zugelassen hat.

Gleiches gilt für die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch.

Das Ermessen der Rehabilitationsträger der gesetzlichen Rentenversicherung bei Rehabilitationsleistungen beschränkt sich auf die Auswahl der Art, des Ortes, die Dauer der Behandlung und die Bestimmung des Termins für den Behandlungsbeginn.

Auch in der gesetzlichen Krankenversicherung empfiehlt sich die Beibehaltung der Ermessensleistungen, da die Rehabilitationsträger mit ihrem Ermessen flexibler auf die Notwendigkeit je nach den besonderen Umständen des Einzelfalles reagieren können.

64. Ist die Bundesregierung bereit, die dazu erforderlichen gesetzlichen Änderungen alsbald auf den Weg zu bringen?

Die Bundesregierung hält gesetzliche Änderungen in dem Umfang für erforderlich, in dem sie mit dem Gesetzgebungsvorhaben zum Neunten Buch des Sozialgesetzbuchs vorgesehen werden.

65. Ist die Bundesregierung der Auffassung, dass die bisher ganz überwiegend stationär durchgeführten Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation dem wirklichen Bedarf der Bevölkerung gerecht werden?

Der Aufbau ambulanter Rehabilitationsangebote hat in den vergangenen Jahren bereits Fortschritte gemacht. Ein flächendeckendes ambulantes Rehabilitationsangebot wurde jedoch bisher nicht verwirklicht. Seit 1995 besteht mit dem Inkrafttreten des Pflegeversicherungsgesetzes ein gesetzlich geregelter Anspruch auf ambulante Rehabilitationsleistungen, um Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern sowie eine Verschlimmerung zu verhindern. Ein entsprechendes ambulantes Rehabilitationsangebot wird derzeit aufgebaut. In der Praxis haben sich insbesondere teilstationäre Rehabilitationseinrichtungen gebildet, die mittel- und langfristig zu einer besseren Verzahnung ambulanter und stationärer Leistungen führen werden. Nicht zuletzt die mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 eingeleitete Förderung ambulanter Rehabilitationsleistungen in wohnortnahen Einrichtungen wird hierzu beitragen. Weitere Anstrengungen zur Förderung ambulanter Rehabilitationsleistungen sind insbesondere in den Fachgebieten Kardiologie oder Neurologie erforderlich.

66. Was hält die Bundesregierung für erforderlich, um die Durchführung auch ambulanter und teilstationärer Maßnahmen der Rehabilitation zu fördern, nachdem § 125a SGB V im Rahmen der GKV-Gesundheitsreform 2000 gescheitert ist?

Die Bundesregierung hält neben den vorhandenen medizinischen stationären Rehabilitationseinrichtungen Möglichkeiten zu wohnortnaher, nichtstationärer Rehabilitation für erforderlich, insbesondere wegen der demographischen Entwicklung der Bevölkerung, der Zunahme chronischer Erkrankungen sowie der Verpflichtung der Pflegekassen nach § 32 Abs. 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, zur Vermeidung und Verminderung von Pflegebedürftigkeit in Eilfällen vorläufige medizinische Rehabilitationsleistungen zu erbringen.

Die Strukturverantwortung für den Aufbau ambulanter medizinischer Rehabilitationseinrichtungen liegt bei den Rehabilitationsträgern. Im Rahmen des Gesetzgebungsvorhabens für ein Neuntes Buch Sozialgesetzbuch, mit dem das Recht der Rehabilitation zusammengefasst und weiterentwickelt werden soll, soll auch der immer stärkeren Bedeutung einer Flexibilisierung der Rehabilitation Rechnung getragen werden.

Für die Weiterentwicklung der ambulanten Rehabilitation ist es von entscheidender Bedeutung, dass die Rehabilitationsträger eine gemeinsame Auffassung zur ambulanten Rehabilitation vertreten, nicht nur zur Zielsetzung der Rehabilitation, sondern auch zu den für eine ambulante Rehabilitation geeigneten Indikationen. Gemeinsame Vorstellungen sind darüber hinaus erforderlich zur Organisationsform, zum Leistungsangebot und zur personellen Ausstattung der Einrichtungen sowie über die Zugangssteuerung, Qualitätssicherung und Erfolgskontrolle. Deshalb sollen die Rehabilitationsträger in einem Neunten Buch Sozialgesetzbuch in diesen Bereichen zu einer umfassenden Zusammenarbeit verpflichtet werden. Dazu gehört auch, dass die Rehabilitationsträger mit den Rehabilitationseinrichtungen Verträge nach einheitlichen Grundsätzen abschließen sollen.

Unter Berücksichtigung des Grundsatzes „so viel ambulant wie möglich“ sollten Leistungen zur Rehabilitation nach Möglichkeit in nichtstationärer Form erbracht werden. Der individuelle Rehabilitationsbedarf ist daher zwingend zu beachten. Insbesondere dann, wenn klimatische Besonderheiten Gegenstand eines Rehabilitationskonzeptes sind oder aber ein Herauslösen des Leistungsempfängers aus seinem Alltag zur Sicherung des Therapieziels erforderlich erscheint, werden aber wohnortferne stationäre Aufenthalte angezeigt sein. Es sollten bei der Entscheidung über die Form der Leistung alle Umstände des Einzelfalls und auch Wünsche der Betroffenen berücksichtigt werden.

67. Wer soll für die Durchführung ambulanter und teilstationärer Leistungen zuständig sein?

Sowohl die gesetzliche Kranken-, Renten- als auch die Unfallversicherung haben im Rahmen ihres Rehabilitationsauftrages die Möglichkeit, ambulante oder teilstationäre Behandlungen durchzuführen. Eine Einschränkung dieser Möglichkeit ist nicht beabsichtigt, da durch diese flexiblen Behandlungsformen den Rehabilitanden individuellere Behandlungskonzepte angeboten werden können.

68. Ist die Bundesregierung bereit, die angemessene Beteiligung der Leistungserbringer an der näheren Ausgestaltung von Voraussetzungen, In-

halt, Regeldauer und zeitlichen Abständen der Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen gesetzlich sicherzustellen?

Wie bereits in der Antwort auf Frage 63 festgehalten, erbringen Rehabilitationsträger medizinische Leistungen zur Rehabilitation nur insoweit, als diese aus gesundheitlichen Gründen erforderlich sind. Bei dieser Frage sind berechtigte Wünsche der Leistungsberechtigten zu berücksichtigen; eine Beteiligung der Leistungserbringer ist sinnvoll in Fragen, die eine zielgerichtete und wirtschaftliche Erbringung der Leistungen betreffen. Die Praxis verfährt entsprechend.

Die Bundesregierung hat auch bereits im Rahmen des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 vorgesehen, dass die Spitzenverbände der Krankenkassen nach Anhörung der für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen in Leitlinien Indikationen festgelegt und diesen jeweils eine Regeldauer zugeordnet wird. Von dieser Regeldauer soll nur abgewichen werden können, wenn dies aus dringenden medizinischen Gründen im Einzelfall erforderlich ist.

69. Ist die Bundesregierung der Auffassung, dass die Verbände der Leistungserbringer von Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen im Rahmen des neuen Koordinierungsausschusses nach § 137e SGB V nicht im bloßen Status von „Anhörungsberechtigten" belassen werden dürfen, sondern als gleichberechtigte Partner in die Entscheidungen des Koordinierungsausschusses eingebunden werden sollten?

Der Koordinierungsausschuss ist eine Einrichtung der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Krankenhäuser und Krankenkassen. Sein Ziel ist, die Versorgung im ambulanten und stationären Bereich durch Normsetzung (§ 137e Abs. 3 Satz 2 SGB V) und Empfehlungen (§ 137e Abs. 4 SGB V) aufeinander abzustimmen. Rechte und Pflichten der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen werden durch die Tätigkeit des Koordinierungsausschusses unmittelbar genauso wenig berührt wie durch die Tätigkeit des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen und des (neuen) Ausschusses Krankenhaus.

70. Ist die Bundesregierung der Auffassung, dass die Regelungen des § 137c SGB V – Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus – richtigerweise auch auf den Bereich der stationären Versorgung und Reha-Einrichtungen ausgedehnt werden müssten?

Einen Bedarf für ein eigenständiges Gremium, das in der stationären Vorsorge oder Rehabilitation Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung angewandt werden oder angewandt werden sollen, überprüft, gibt es nach Auffassung der Bundesregierung derzeit nicht. Die gesetzlichen Neuregelungen zur Qualitätssicherung, insbesondere § 137d SGB V, haben den erforderlichen Rahmen geschaffen, innerhalb dessen die Partner der Selbstverwaltung Vereinbarungen treffen können, um die Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung einschließlich einer erforderlichen Überprüfung der Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der stationären Vorsorge oder Rehabilitation sicherzustellen.

71. Ist die Bundesregierung der Auffassung, dass bei sektoralen Budgets für andere Versorgungsbereiche eine dauerhafte und ausreichende Finanzierung der notwendigen Reha-Leistungen nur dann zu erreichen ist, wenn

auch für diesen Versorgungssektor ein eigenes sektorales Budget zur Verfügung steht?

Bereits mit der Gesundheitsreform 2000 wurde vorgeschrieben, dass sich die jährlichen Ausgaben der Krankenkassen je Mitglied für stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen nur in dem gesetzlich zugelassenen Rahmen verändern dürfen.

Der Bundesregierung liegen trotz aller im Rahmen der Beratung des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 vorgebrachten Bedenken gegen dieses sektorale Budget bis heute keine wirklich belastbaren Hinweise darauf vor, dass die im Rahmen der Haushaltsplanungen der Krankenkassen zur Verfügung stehenden Mittel nicht ausreichen, um alle medizinisch erforderlichen Rehabilitationsmaßnahmen zu finanzieren.

72. Ist die Bundesregierung bereit, für die einzelnen Leistungsträger der medizinischen Rehabilitation die erforderlichen Voraussetzungen zu schaffen, um eine stetige und dauerhafte Finanzierung notwendiger Reha-Leistungen zu gewährleisten und das Auf und Ab bei den jährlichen Zahlen durchgeführter Reha-Maßnahmen, das mit dem objektiven Bedarf an Reha-Leistungen nicht zu vereinbaren ist, zu vermeiden?

Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung verfügen mit den ihnen für den Bereich der Rehabilitation gesetzlich zustehenden Mitteln über einen ausreichenden Finanzrahmen, um sicherzustellen, dass alle medizinisch notwendigen Maßnahmen durchgeführt werden können. Der Finanzrahmen wird nach der Lohnentwicklung dynamisch fortgeschrieben, so dass kein gesetzgeberischer Handlungsbedarf gesehen wird.

Für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung gilt, dass eine stetige und dauerhafte Finanzierung der notwendigen Rehabilitationsleistungen ebenfalls gewährleistet ist; auf die Antwort zu Frage 71 wird verwiesen. Das kritisierte Auf und Ab bei den jährlichen Zahlen durchgeführter Reha-Maßnahmen, das mit dem objektiven Bedarf an Reha-Leistungen nicht zu vereinbaren war, war ein während der Regierungszeit der alten Bundesregierung zu beobachtendes Phänomen, das durch die damaligen gesetzgeberischen Maßnahmen verursacht wurde. Diese Maßnahmen hat die heutige Bundesregierung unverzüglich mit dem Solidaritätsstärkungsgesetz korrigiert.

73. Ist die Bundesregierung der Auffassung, dass eine Unterscheidung notwendig ist zwischen Rehabilitation, traditionellen Kuren, Wellness, Lifestyle und Fitness?

74. Welche leistungsrechtlichen Konsequenzen müssten mit einer solchen begrifflichen und rechtlichen Unterscheidung verbunden sein?

Die Träger der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung haben ausschließlich ihren gesetzlichen Rehabilitationsauftrag zu erfüllen.

Die gesetzliche Rentenversicherung belegt seit mehreren Jahren grundsätzlich nur Einrichtungen, die an einem Qualitätssicherungsprogramm teilnehmen. Dies gewährleistet, dass die erforderlichen Rahmenbedingungen für eine Rehabilitationsmaßnahme im engeren Sinne von den Einrichtungen eingehalten werden. Leistungen wie Wellness und für Lifestyle oder Fitness kommen für die Rentenversicherung nicht in Betracht.

Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung werden nur Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen in dafür spezialisierten Rehabilitationseinrichtungen im wohnortnahen Bereich und in Kurorten erbracht. Für darüber hinausgehende Maßnahmen im Bereich von Wellness, Lifestyle und Fitness dürfen Beiträge der gesetzlichen Krankenversicherung nicht eingesetzt werden.

Mit der genannten begrifflichen und rechtlichen Unterscheidung geht die leistungsrechtliche Konsequenz einher, dass die Krankenkassen nur die im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung geregelten Maßnahmen gewähren dürfen.

Es ist nicht beabsichtigt, diese Aufgabenabgrenzung zu verändern.

75. Ist die Bundesregierung der Auffassung, mit dem jetzt in § 23 Abs. 2 SGB V vorgenommenen Verzicht auf die Bezeichnung „Vorsorgekur“ und dem stattdessen eingeführten Begriff „Vorsorgemaßnahmen in anerkannten Kurorten“ die notwendige Abgrenzung erreicht zu haben?

    Wie beurteilt die Bundesregierung die Zukunft der ambulanten offenen Badekur?

Die Bundesregierung ist der Auffassung, dass mit dem Begriff „Vorsorgemaßnahmen in anerkannten Kurorten“ der notwendige medizinische Gehalt der von den gesetzlichen Krankenkassen durchzuführenden Maßnahmen deutlicher zum Ausdruck gebracht wird.

Ambulante Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen gehören auch weiterhin, wie durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 bestätigt wurde, zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung.

76. Was spricht nach Auffassung der Bundesregierung dafür, dass sinnvolle ambulante Vorsorgeleistungen künftig nur in anerkannten Kurorten durchgeführt werden sollen?

Aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Vorsorgeleistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung sind in anerkannten Kurorten zu erbringen. Der Gesetzgeber des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 hat sich dafür entschieden, auf die bewährte Struktur der anerkannten Kurorte zurückzugreifen, die nach Landesrecht anerkannt werden und daher die nötigen Qualitätserfordernisse erfüllen.

77. Um welche Leistungen soll es sich dabei handeln?

Die gesetzliche Regelung in § 23 Abs. 2 Satz 1 SGB V bezieht sich auf aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Vorsorgeleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Leistungsinhalte im Einzelnen werden hierbei durch die Beteiligten vor Ort festgelegt.

78. Wie steht die Bundesregierung zu der Auffassung namhafter Mediziner, beispielsweise von Prof. Dr. med. Ulrich Kanzow (Deutsches Ärzteblatt 84, S. 483): „Entgegen allen Beteuerungen fehlt der Wirksamkeitsnachweis der Kuren bis heute. Die werberischen Anpreisungen der Kurorte mit einer überbordenden Fülle an Heilanzeigen sind wissenschaftlich Schall und Rauch. Ich kenne niemanden, dessen chronischer Harnwegsinfekt, Arthrose, Arteriosklerose oder Blutarmut, um einige Beispiele zu nennen, durch die spezifischen natürlichen Heilkräfte der Kur- und Badeorte nachweislich und anhaltend gebessert oder geheilt worden ist. Was

> erreichbar scheint, ist ein allgemeiner Erholungseffekt, den in der Regel ein jeder mehrwöchige Urlaub mit dem psychologisch wichtigen ‚Tapetenwechsel‘ und der allgemeinen vegetativen Umstellung für einen jeden von uns bereithält.“?

Die von Prof. Dr. med. Ulrich Kanzow angesprochene Kur ist keine Leistung der gesetzlichen Rentenversicherung. Die gesetzliche Rentenversicherung erbringt medizinische Leistungen zur Rehabilitation. Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung stellen die Qualität dieser Leistungen über Qualitätssicherungsprogramme sicher.

Zur Wirksamkeit der medizinischen Rehabilitation ist anzumerken, dass für den Zeitraum von 1989 bis 1999 insgesamt 39 Evaluationsstudien zu den häufigsten Diagnosegruppen veröffentlicht wurden. Diese Studien belegen die Effektivität und Effizienz der Rehabilitation: Die rehabilitationsmedizinischen Ziele werden meist erreicht, die Leistungs- oder Erwerbsfähigkeit wird verbessert, und die rehabilitative Wirkung bleibt mittel- und langfristig weitgehend erhalten. Dies sind Voraussetzungen dafür, dass die Rehabilitanden weiterhin erwerbstätig sein können. Darüber hinaus weisen die Studien auch auf die Effizienz der Rehabilitation hin. Es ergaben sich sowohl reduzierte Arbeitsunfähigkeitszeiten als auch zufrieden stellende berufliche Wiedereingliederungsraten nach der Rehabilitation.

Die dargestellte Äußerung bezieht sich auf „Kuren“, während demgegenüber der Leistungskatalog auch der gesetzlichen Krankenversicherung keine „Kuren“ sondern ausschließlich Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen vorsieht. Aus diesem Grunde können die Äußerungen von Prof. Dr. med. Ulrich Kanzow sich auch nicht auf die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherungen beziehen.

79. Teilt die Bundesregierung die Auffassung, dass das gegliederte System der Rehabilitation infolge nicht eindeutiger Leistungsabgrenzung sowie teilweise spezifischer Versorgungsstrukturen der einzelnen Trägergruppen zu Schnittstellenproblemen mit Verzögerungen und Unterbrechungen im Behandlungsverlauf sowie unnötigem Wechsel von Einrichtungen und Behandlern führt, die den Erfolg der Maßnahmen von vornherein beeinträchtigen, und will die Bundesregierung ggf. diese Schnittstellenprobleme in der Rehabilitation lösen?

    Wenn ja, wie?

Der Bundesregierung ist bekannt, dass in der Praxis teilweise Schnittstellenprobleme zwischen Akutbehandlung und Rehabilitation bestehen. Mit dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) – das derzeit als Entwurf vorliegt – wird die Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger verbessert werden; der Abbau der Schnittstellenprobleme und die Verringerung der Wartezeiten auf Maßnahmen der Rehabilitation sind beabsichtigt.

Die Bundesregierung hat neue Wege zur Vermeidung von Schnittstellen beschritten. Sie hat an mehreren Standorten Modellprojekte der fachübergreifenden Frührehabilitation eingerichtet. Die wissenschaftliche Begleitforschung des Modells in Ingolstadt hat gezeigt, dass bei Patienten, bei denen zum frühestmöglichen Zeitpunkt während der Akutbehandlung mit der Rehabilitation begonnen wurde, die zeitliche Differenz zwischen Entlassung aus dem Krankenhaus und Beginn weiterführender Rehabilitationsmaßnahmen wesentlich geringer war als bei Patienten ohne Frührehabilitation. Im Übrigen siehe Antwort auf Frage 62.

80. Sieht die Bundesregierung die Notwendigkeit, Maßnahmen zu ergreifen, um ein übergreifendes Fallmanagement an der Schnittstelle von Akutkrankenhausbehandlung und Rehabilitation zu sichern, und um welche Maßnahmen wird es sich ggf. handeln?

Ein einzelfallbezogenes Reha-Management kann insbesondere dann sinnvoll sein, wenn verschiedene Leistungsarten (medizinische, berufliche und soziale Rehabilitation) von verschiedenen Trägern zu erbringen sind und zudem eine engere Verzahnung mit dem akut- bzw. kurativ-medizinischen Bereich notwendig ist. Hierzu bestehen bereits heute verschiedene Ansätze. So führen beispielsweise auch Rehabilitationseinrichtungen zum Teil ein gezieltes Eingliederungsmanagement durch. Neben den Sozialarbeitern in den Rehabilitationseinrichtungen und den Sozialdiensten in den Krankenhäusern ist insbesondere auf die Rehabilitations-Fachberater der Rentenversicherungsträger und die Rehabilitationsberater (Berufshelfer) der Unfallversicherungsträger hinzuweisen, die insbesondere bei der beruflichen Wiedereingliederung als Fallmanager eingesetzt werden. Darüber hinaus gehört es gemäß § 3 Arbeitssicherungsgesetz (ASiG) zu den Aufgaben der Betriebsärzte, den Arbeitgeber sowie den betroffenen Beschäftigten in Fragen der Eingliederung bzw. Wiedereingliederung von behinderten Menschen, aber auch von durch Alter oder Krankheit Leistungsgewandelten zu beraten.

Die Renten- und Krankenversicherungsträger haben im Bereich der medizinischen Rehabilitation, insbesondere für Krankheitsbilder, die im Allgemeinen nach einer Akutbehandlung eine Rehabilitationsbehandlung erfordern, Verfahren geschaffen, bei denen im Regelfall ein nahtloser Übergang von der Akutklinik in die Rehabilitationseinrichtung sichergestellt ist (Anschlussheilbehandlung).

Im Rahmen des Neunten Buches Sozialgesetzbuch ist vorgesehen, den Beratungsauftrag der Rehabilitationsträger noch stärker gesetzlich festzulegen, um eine Beschleunigung des Verwaltungsverfahrens zu erreichen.

81. Hat die Bundesregierung bereits Vorstellungen entwickelt, wie das bei der rehabilitativen Versorgung geriatrischer und pflegebedürftiger Patienten (i. S. von SGB XI) bestehende und Unterversorgung induzierende Problem gelöst werden kann, dass die GKV-Rehabilitationsmaßnahmen zur Vermeidung oder Verminderung von Pflegebedürftigkeit finanzieren muss, die gesetzliche Pflegeversicherung als davon getrennter Sozialversicherungszweig aber davon wesentlich profitiert?

Die Erbringung von Rehabilitationsmaßnahmen durch die gesetzliche Krankenversicherung zur Vermeidung oder Verminderung von Pflegebedürftigkeit ist eine Rechtssituation, die die neue Bundesregierung bei der Übernahme der Regierungsverantwortung vorgefunden hat. Nachdem die alte Bundesregierung das Problem der Unterversorgung offensichtlich nicht lösen konnte, hat die neue Bundesregierung mit der GKV-Gesundheitsreform 2000 alle Voraussetzungen zur Verbesserung der Situation in diesem Bereich geschaffen. Insbesondere ist der Bereich der ambulanten wohnortnahen Rehabilitation wesentlich gestärkt worden.

Soweit dies für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten mit ambulanten medizinischen Rehabilitationsleistungen erforderlich ist, können die Krankenkassen nunmehr auf einer gesicherten Rechtsgrundlage Leistungen in wohnortnahen Einrichtungen erbringen.

82. Was wird die Bundesregierung vorbeugend im Hinblick auf die konsequente Umsetzung des Koordinierungs- und Abstimmungsgebots (§ 137c

Abs. 1 SGB V) der Bundesausschüsse für die ambulante und die stationäre Versorgung veranlassen, da heute im Bereich der stationären Versorgung (Akutkrankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen) bekanntermaßen zahlreiche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zum Einsatz kommen, die, wie z. B. viele alternativ-medizinische Verfahren, nicht im Leistungskatalog für die ambulante Versorgung enthalten sind?

Die Bundesärztekammer, die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft haben im Rahmen des neuen Ausschusses Krankenhaus die gesetzliche Aufgabe, auf Antrag eines Spitzenverbandes der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft oder eines Bundesverbandes der Krankenhausträger allein diejenigen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zu bewerten, die zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen einer Krankenhausbehandlung angewandt werden oder angewandt werden sollen. Die Bewertungsergebnisse sind nach § 137c Abs. 1 Satz 3 SGB V zuvor mit den Bundesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen abzustimmen.

Im Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zur GKV-Gesundheitsreform 2000 (Bundestagsdrucksache 14/1245) wird hierzu in der Begründung zu § 137c ausgeführt: „Mit den für die Erstellung der Richtlinien über die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sowie der Überprüfung von zu Lasten der Krankenkassen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten ärztlichen und zahnärztlichen Leistungen zuständigen Bundesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen ist eine enge Abstimmung sicherzustellen. Hierzu sind Arbeitspläne und Bewertungsergebnisse der beteiligten Gremien so rechtzeitig abzustimmen, dass die notwendige sektorübergreifende Betrachtung erfolgen kann."

83. Besteht nach Auffassung der Bundesregierung auch für teure vorsorgerische und rehabilitative Maßnahmen ein vergleichbarer Bedarf an Soziotherapie wie bei der Umsetzung ärztlicher Therapiepläne und motivierender Einwirkung im häuslichen Bereich?

Soziotherapie ist eine ambulante Leistung für schwer psychisch Kranke. Schwer psychisch Kranke sind häufig nicht in der Lage, Leistungen, auf die an sich ein Anspruch besteht, selbständig in Anspruch zu nehmen. Dies kann zu wiederkehrenden stationären Aufenthalten führen (so genannter Drehtüreffekt). Dies soll durch die Leistung Soziotherapie vermieden werden. Aufgabe der Soziotherapie ist es, im Rahmen eines Behandlungsplanes ärztlich verordnete Leistungen zu koordinieren und den psychisch Kranken zu deren Inanspruchnahme anzuleiten und zu motivieren. Die positiven Effekte der Soziotherapie auf schwer psychisch Kranke sind in einer umfassenden Untersuchung der Spitzenverbände der Krankenkassen belegt worden. Derzeit liegen keine vergleichbaren Erkenntnisse vor, die eine weitere Ausdehnung der Leistung erforderlich machen.

84. Gibt es Berechnungen, die den vorgesehenen Einsatz der Soziotherapie nach Kosten und Nutzen darlegen?

Was sind die Ergebnisse?

Die Bundesregierung hat im Rahmen der Beratungen zur GKV-Gesundheitsreform 2000 die Kosten der Einführung der Soziotherapie im Jahr 2000 auf 125 Mio. DM und ab dem Jahr 2001 auf 250 Mio. DM geschätzt. Im Jahr 2000 dürften kaum Ausgaben für Soziotherapie erfolgt sein, da der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen die für die Verordnung erforderlichen Richtlinien

noch nicht verabschiedet hat. Auch im Jahr 2001 dürften sich die Kosten für die Krankenkassen in engen Grenzen halten. Dabei sind quantifizierbare Einsparungen, die sich durch die Einführung der Soziotherapie im Bereich der stationären Psychiatrie ergeben, noch nicht berücksichtigt.

Im Rahmen eines 3-jährigen Modellprojektes „Ambulante Soziotherapie" der Spitzenverbände der Krankenkassen (1995 bis 1998) wurde eine „Kosten-Nutzen-Analyse" durchgeführt mit dem Ergebnis, dass durch 1 DM für ambulante Soziotherapie 4 DM an stationären Behandlungskosten eingespart werden konnten.

Allerdings gilt auch der Hinweis auf die Schwierigkeiten bei der Erfassung monokausaler Effekte.

85. Was sind die Anforderungen an die Soziotherapie?

    In welchem Umfang sind nach Ansicht der Bundesregierung auch die Krankenpflege, vor allem aber die Ärzte selber unter Einsatz ihrer Mitarbeiter (Arzthelferinnen) geeignet, diese Aufgabe wahrzunehmen?

Die Anforderungen an die Leistungserbringer von Soziotherapie sind im Gesetz nicht festgelegt. Es ist Aufgabe der Spitzenverbände der Krankenkassen, Empfehlungen für die Anforderungen an die Leistungserbringer der Soziotherapie abzugeben. Sollten Ärzte von den Spitzenverbänden als geeignete Leistungserbringer angesehen werden, so ist in jedem Fall darauf zu achten, dass die berufsrechtlichen und vertragsärztlichen Pflichten beachtet werden. Fundierte Kenntnisse in der psychiatrischen und sozialpsychiatrischen Versorgung sind für die Leistungserbringung von Soziotherapie unerlässlich.

86. Sieht die Bundesregierung in der steigenden finanziellen Unterstützung und verbindlichen institutionellen Förderung der Selbsthilfe, die ihren festen Platz im präventiven, kurativen und rehabilitativen Bereich hat und vom Erfahrungsaustausch der Betroffenen lebt, eine Gefahr, dass die Selbsthilfe ausgehöhlt werden könnte und an ihre Stelle zunehmend eine Professionalisierung tritt?

Die Bundesregierung sieht in einer stärkeren finanziellen Förderung der Selbsthilfe keine Gefahr, dass Kraft und Wirkung der Selbsthilfe gefährdet wären. Selbsthilfe benötigt in bestimmten Situationen auch finanzielle Unterstützung, um die selbstgesteckten Ziele und Aufgaben zu erreichen. Deshalb wird die Selbsthilfe seit Jahren in vielfältiger Form auch durch die öffentliche Hand gefördert. Mit der Gesundheitsreform wird die Verantwortung der Krankenkassen im Hinblick auf die gesundheitsbezogenen Leistungen der Selbsthilfe konkreter und verlässlicher gestaltet.

Die vorgenommene Verstärkung der finanziellen Förderung der Selbsthilfe durch die gesetzlichen Krankenkassen war dringend notwendig, um die bisher sehr ungünstigen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen für die Selbsthilfe zu verbessern. Die vielfältigen wichtigen Aufgaben, die die gesundheitsbezogene Selbsthilfe mittlerweile im Gesundheitswesen übernimmt, sind ohne finanzielle Ressourcen nicht mehr zu leisten. Selbstverständlich wird die Selbsthilfe auch in Zukunft maßgeblich vom freiwilligen Engagement und der ehrenamtlichen Arbeit ihrer Mitglieder vor allem in den örtlichen Selbsthilfegruppen getragen werden.

87. Warum wird der finanzielle Bedarf für Selbsthilfe zu Lasten anderer Aufgaben im Gesundheitswesen gedeckt?

Soll sie deren Aufgaben übernehmen?

Gegebenenfalls welche?

Es liegt im Interesse der Krankenkassen, die gesundheitsbezogene Selbsthilfe zu fördern, da sie in vielfältiger und wirksamer Weise die professionellen Angebote der gesundheitlichen Versorgung ergänzen kann und zur Stärkung der Eigenkompetenz maßgeblich beiträgt. Aus Sicht der Bundesregierung übernimmt die Selbsthilfe originäre Aufgaben, die im Gesundheitswesen nicht von anderen übernommen werden können. Sie stärkt die Eigenverantwortung und Selbstbestimmung und trägt zu einer besseren Bewältigung von Krankheiten und gesundheitsrelevanten Problemen bei.

Die Grundlage der gesundheitlichen Selbsthilfearbeit ist also das aus Krankheit oder Behinderung gewonnene Erfahrungswissen der in der Selbsthilfe engagierten Menschen. Diese Aufgabe kann nicht von professionellen Akteuren des Gesundheitswesens geleistet werden. Das für diese Aufgaben vorgesehene Fördervolumen stellt einen angemessenen Anteil der Gesetzlichen Krankenversicherung an der Selbsthilfeförderung dar und geht nicht zu Lasten anderer Aufgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung.

E. Risikostrukturausgleich/Organisationsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung

88. Hält die Bundesregierung, wie im Rahmen der Gesundheitsreform angekündigt, an einer Organisationsreform in der GKV für das Jahr 2000 fest?

89. Beabsichtigt die Bundesregierung die im Rahmen der GKV-Gesundheitsreform 2000 für dieses Jahr angekündigte Organisationsreform in der GKV für eine Änderung des RSA zu nutzen?

90. Erachtet die Bundesregierung eine Organisationsreform in der GKV ohne Einbeziehung des RSA für sinnvoll?

Der Entwurf für eine Reform des Organisationsrechts wird dem Deutschen Bundestag im Jahr 2001 zur Beratung vorgelegt werden. Da zwischen der notwendigen Weiterentwicklung des Organisationsrechts der gesetzlichen Krankenkassen und dem Risikostrukturausgleich ein enger inhaltlicher Zusammenhang besteht, ist eine entsprechende Abstimmung zwischen dem Gutachterverfahren zum Risikostrukturausgleich und dem Gesetzgebungsverfahren zur Organisationsreform erforderlich.

Unabdingbar ist eine sorgfältige Abstimmung zwischen den in beiden Bereichen geplanten Maßnahmen. Sie sind auf das gemeinsame Ziel auszurichten, die wettbewerblichen Rahmenbedingungen der Kassen so weit anzugleichen, dass der Wettbewerb zu einer Steigerung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der gesundheitlichen Versorgung der Versicherten führt, ohne den Solidarauftrag der GKV zu verletzen.

91. Sollte nach Auffassung der Bundesregierung allen Kassenarten das Recht auf Neugründung und Öffnung eingeräumt werden?

Diese Frage ist, wie andere auch, sorgfältig zu diskutieren und die mit derartigen Maßnahmen verbundenen Folgewirkungen sind eingehend zu analysieren, insbesondere im Hinblick auf den Kassenwettbewerb und die unter Umständen tiefgreifenden Veränderungen im bestehenden System der gegliederten Krankenversicherung.

92. Geht die Bundesregierung davon aus, dass der bestehende RSA eine ausreichende Grundlage für einen nicht risikoselektierenden, fairen Wettbewerb darstellt?

Auf die Antwort zu Frage 33 wird verwiesen.

93. Werden nach Auffassung der Bundesregierung Morbiditätslasten in ausreichendem Maße im RSA berücksichtigt?

Wenn nein, was müsste geändert werden?

Den Ausführungen zu Frage 33 ist zu entnehmen, dass die von der Bundesregierung beauftragte Gutachtergruppe das wesentliche Defizit des RSA darin sieht, dass er die Möglichkeit, Wettbewerbsvorteile durch die Selektion der jeweils Gesunden in einer Versichertengruppe zu erzielen, zulässt. Es kann davon ausgegangen werden, dass ein kurz- und ein mittelfristiges Maßnahmebündel zur Weiterentwicklung des RSA vorgeschlagen werden. In ihrem Kern zielen Maßnahmebündel auf einen verbesserten Ausgleich der Morbiditätslast zwischen den Kassen. Langfristig soll danach die derzeit indirekte Erfassung der Morbiditätslast über Alter, Geschlecht, Erwerbs- und Berufsunfähigkeit ergänzt bzw. teilweise ersetzt werden. Kurzfristig soll die Bildung eines Risikopools für besonders aufwändige Krankheitsfälle zu einer verbesserten Verteilung der Morbiditätslast führen. Die Maßnahmen sollen durch Modifikationen und Ergänzungen des bisherigen Ausgleichsverfahrens vervollständigt werden.

Die von einigen Spitzenverbänden der Kassen beauftragte andere Gutachtergruppe kommt zu einer ähnlichen Problemeinschätzung, unterscheidet sich aber in ihren Lösungsvorschlägen. Danach soll die verbesserte Unterscheidung von Gesunden und Kranken im Risikostrukturausgleich allein auf die Gruppe der Kassenwechsler beschränkt werden.

Die politische Entscheidung über die vorgestellten Lösungsoptionen setzt neben der empirischen Fundierung auch die Klärung der offenen Fragen zur Umsetzbarkeit der Vorschläge voraus, welche die Gutachter für den Endbericht angekündigt haben.

94. Ist die Bundesregierung der Auffassung, dass der RSA im Hinblick auf das Urteil des Bundesverfassungsgerichts zum Länderfinanzausgleich einfacher und zielgerichteter gestaltet sowie von seinem gesamten Finanzierungsvolumen her reduziert werden sollte?

Die finanzverfassungsrechtlichen Bestimmungen des Grundgesetzes zum bundesstaatlichen Finanzausgleich gelten nur für die Finanzausgleiche zwischen Bund, Ländern und Gemeinden, nicht aber für Finanzausgleiche zwischen Sozialversicherungsträgern. Infolgedessen lassen sich aus dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts zum Länderfinanzausgleich vom 11. November 1999 keine Vorgaben für die Ausgestaltung des Risikostrukturausgleichs ableiten.

Insbesondere kann dieses Urteil nicht als Begründung für die Forderung nach einer generellen Begrenzung des Transfervolumens im Risikostrukturausgleich herangezogen werden. Die Höhe der im Risikostrukturausgleich erhaltenen oder empfangenen Ausgleichszahlungen der einzelnen Krankenkassen leitet sich unmittelbar aus der Risikostruktur ihrer jeweiligen Versichertenbestände ab. Krankenkassen mit weit überdurchschnittlich guter Risikostruktur haben daher hohe Ausgleichszahlungen zu leisten, während Krankenkassen mit relativ schlechter Risikostruktur entsprechend hohe Ausgleichszahlungen erhalten. Die Höhe des Transfervolumens im Risikostrukturausgleich hängt daher vom Grad der Risikomischung bzw. -entmischung ab.

Der Länderfinanzausgleich als Teil des bundesstaatlichen Finanzausgleichs steht dazu in keinem Zusammenhang. Erfordernisse des Länderfinanzausgleichs können daher nicht im Rahmen der Ausgestaltung des Risikostrukturausgleichs herangezogen werden, insbesondere auch nicht im Zusammenhang mit einer Begrenzung des Transfervolumens im Risikostrukturausgleich.

Unabhängig hiervon ist die Bundesregierung bestrebt, das Verfahren des Risikostrukturausgleichs möglichst einfach und transparent zu gestalten, um für die Krankenkassen eine größtmögliche Planbarkeit der Finanzwirkungen des Risikostrukturausgleichs zu erzielen. Die von der Bundesregierung in Auftrag gegebene Untersuchung über die Wirkungen des Risikostrukturausgleichs hat auch diesen Themenbereich zum Gegenstand.

95. Wie stellt die Bundesregierung eine sachgerechte Datenbasis sicher, welche vor allem manipulierbare Fehlerpotenziale ausschließt?

Sofern die Datenbasis für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs gemeint ist, wird die Qualität der Daten auf verschiedene Weise sichergestellt: Zum einen sind die Spitzenverbände der Krankenkassen verpflichtet, Plausibilitätsprüfungen in Bezug auf die von ihren Mitgliedskassen gelieferten Daten durchzuführen. Außerdem prüft das Bundesversicherungsamt im Rahmen der Durchführung des Risikostrukturausgleichs die Validität der zu Grunde zu legenden Daten und fordert gegebenenfalls die Krankenkassen zu Nachbesserungen auf. Schließlich führen die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder abgestimmte Prüfverfahren bei den ihrer Aufsicht unterstehenden Krankenkassen auf der Grundlage einheitlicher Kriterien durch, um eine hohe Datenqualität zu gewährleisten.

96. Gibt es nach Auffassung der Bundesregierung eine Entwicklung in der Kassenlandschaft, die durch ein Auseinanderdriften zwischen Kassen gekennzeichnet ist, die einerseits Versorgungsprobleme schultern, und jenen Kassen, die ihre günstigen Beitragssätze allein der Tatsache verdanken, dass sie Junge und Gesunde versichern?

Der Antwort auf Frage 93 ist zu entnehmen, dass das geltende Organisationsrecht und der bestehende Risikostrukturausgleich derzeit noch nicht ausreichend verhindern, dass Kassen durch Wettbewerb, nur Gesunde zu versichern, Wettbewerbsvorteile erlangen. Inwieweit der günstige Beitragssatz bestimmter Kassen „allein“ darauf zurückzuführen ist, dass sie überwiegend Gesunde versichern, ist empirisch zu beantworten. Ob die Endberichte der Gutachter entsprechende Ergebnisse enthalten werden, bleibt abzuwarten. Der Faktor Alter wird demgegenüber bereits im bestehenden RSA berücksichtigt.

97. Liegen der Bundesregierung Erkenntnisse vor, dass aufgrund der unterschiedlichen Kassenstrukturen es bestimmten Kassen möglich ist, Zu-

satzversicherungen anzubieten, während dies anderen Kassen verwehrt ist?

Gegebenenfalls wie bewertet die Bundesregierung diese Erkenntnisse?

Plant sie etwas zu tun?

Die gesetzlichen Krankenkassen können keine Zusatzversicherungen anbieten.

F. Gesetzliche Krankenversicherung und Europa

Der EuGH hat am 28. April 1998 in den Rechtssachen C-158/96 und C-120/95 entschieden, dass ein Träger der sozialen Sicherheit die Erstattung der Kosten einer medizinischen Leistung, die in einem anderen Mitgliedstaat in Anspruch genommen wird, nicht von einer vorher erteilten Genehmigung abhängig machen darf. Das geltende deutsche Krankenversicherungsrecht sieht eine solche Beschränkung vor. Sie ist nach Auffassung des EuGH mit dem Binnenmarktgrundsatz des freien Warenverkehrs und des freien Dienstleistungsverkehrs nicht vereinbar.

98. Welche Maßnahmen will die Bundesregierung ergreifen, um diesen Verstoß gegen den EG-Vertrag zu beseitigen?

Der EuGH hat auf dem Hintergrund eines nationalen Kostenerstattungssystems entschieden, dass ein Träger der sozialen Sicherheit die Erstattung der Kosten einer medizinischen Leistung, die in einem anderen Mitgliedstaat in Anspruch genommen wird, nicht von einer vorher erteilten Genehmigung abhängig machen darf, sondern nach der nationalen Kostenerstattungsregelung den Anspruch auf Kostenerstattung erfüllen muss. Soweit nationales Recht dieser Interpretation des Binnenmarktrechts durch den EuGH entgegensteht, gilt das vorgehende europäische Recht in der Interpretation des EuGH. Soweit das deutsche nationale Recht einen Kostenerstattungsanspruch vorsieht, ist dieser nationale Kostenerstattungsanspruch nicht mehr territorial begrenzt und seine Erfüllung darf dementsprechend nicht von einer vorher erteilten Genehmigung zur Inanspruchnahme einer medizinischen Leistung im Ausland abhängig gemacht werden. Soweit §§ 16 und 18 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) das Ruhen von Leistungen anordnen, solange sich Versicherte im Ausland aufhalten und infolgedessen nach dem Wortlaut der Vorschriften auch ein sachleistungsersetzender Kostenerstattungsanspruch nicht bestehen würde, gilt dies wegen der Unvereinbarkeit dieses nationalen Kostenerstattungsrechts mit dem europäischen Binnenmarktrecht nicht. Die Bundesregierung beabsichtigt, dies bei nächster sich bietender Gelegenheit klarzustellen. Siehe hierzu auch die Antwort zu Frage 99.

99. Warum hat die Bundesregierung entsprechende Regelungen nicht im Gesundheitsreformgesetz 2000 vorgesehen, nachdem im Referentenentwurf eine einschlägige Regelung enthalten war?

Die Bundesregierung hat von einer gesetzlichen Klarstellung bislang abgesehen, da die Problematik, mit der sich der EuGH in seinen Urteilen in den Rechtssachen „Kohll“ und „Decker“ befasste (nämlich dem Verhältnis der vier Grundfreiheiten des EG-Vertrages zu den Gesundheitssystemen der Mitgliedstaaten), mit den Urteilen nicht abschließend oder umfassend geregelt ist, sondern sich vielmehr ständig weiterentwickelt. Das Spannungsverhältnis zwischen den wirtschaftlichen Grundfreiheiten nach dem EG-Vertrag und den Gesetzgebungskompetenzen der Mitgliedstaaten sowie Art und Weise der künftigen Ausgestaltung der grenzüberschreitenden medizinischen Versorgung sind weiterhin aktuell. Dieser Problematik würde allein eine Klarstellung zum Kos-

tenerstattungsrecht bei grenzüberschreitender Leistungsinanspruchnahme nicht gerecht. Sie wird weiterhin in geeigneten Gremien auf Rats- und auf Kommissionsebene behandelt werden müssen. Die Bundesregierung wird – soweit zweckmäßig und erforderlich – die notwendigen Initiativen ergreifen. Auch sind in Kürze weitere Urteile des EuGH zu erwarten, in denen er sich dazu äußern wird, ob seine Rechtsprechung zu nationalen Kostenerstattungsansprüchen auf nationale Sachleistungsansprüche übertragbar ist. Zwar hat mittlerweile der Generalanwalt des Europäischen Gerichtshofs zu der Rechtssache „Smits/Peerbooms“ – C 157/99 – in seinem Schlussantrag die Meinung geäußert, dass die ärztliche und klinische Versorgung im Rahmen eines Sachleistungssystems (hier des niederländischen) wegen des Fehlens eines Entgelts keine Dienstleistung darstelle und die Krankenkassen deshalb weiterhin eine Behandlung im EU-Ausland von einer vorherigen Genehmigung abhängig machen könnten. Es ist jedoch noch nicht abzusehen, ob der EuGH in diesem Fall den Schlussanträgen des Generalanwalts folgen wird. Aus diesem Grund bleibt abzuwarten, wie der EuGH entscheidet. Erst dann sollten umfassend die Regelungen getroffen werden, die aus den Auswirkungen des Binnenmarktrechts auf die nationale Ausgestaltung des deutschen Krankenversicherungssystems veranlasst sind. Auch die Kommission hat mehrfach angekündigt, dass sie weitere Urteile abwarten will, ehe sie Schlussfolgerungen für notwendige Maßnahmen auf Gemeinschaftsebene zieht.

100. Teilt die Bundesregierung die Auffassung, dass diese beiden Entscheidungen den Europäischen Gesundheitsmarkt liberalisieren und den Versicherten den freien Zugang zu einer medizinischen Behandlung in einem anderen Mitgliedstaat eröffnen?

Die Bundesregierung sieht diese Tendenz. Zugleich weist sie jedoch darauf hin, dass bei der Liberalisierung und Eröffnung des freien Zugangs zu einer medizinischen Behandlung in einem anderen Mitgliedstaat auch die möglichen Folgen für die nationalen Gesundheitssysteme zu berücksichtigen sind.

Zwar teilt die Bundesregierung nicht die Befürchtungen des früheren Bundesgesundheitsministers, dass sich die beiden Urteile des EuGH in eine „jahrelange Entwicklung“ einordnen ließen, nach der „über Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofs immer mehr nationale Kompetenzen zentralistisch auf die Europäische Union übertragen werden, ...“ (vgl. Protokoll über die Sitzung des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages, 125. Sitzung am Mittwoch, dem 6. Mai. 1998, Seite 1). Auch befürchtet die Bundesregierung aus Anlass der beiden Urteile des EuGH nicht, dass sie zur Folge hätten, „dass die Deutschen mit ihren Sozialstandards nach unten gingen oder die Deutschen die Anhebungen des Sozialstandards in anderen Mitgliedstaaten mitbezahlen“. Schließlich geht es auch nicht darum, ob die Rechtsprechung des EuGH mit dem zentralen Argument der Freizügigkeit und des freien Waren- und Dienstleistungsverkehrs, „das allen anderen Argumenten vorginge und die scheibchenweise Realisierung der Sozialunion auch auf dem Gebiet der Gesundheitspolitik“ im Amsterdamer Vertrag noch einmal ausdrücklich ausgeschlossen worden sei.

Richtig ist aber, dass die Inanspruchnahme zusätzlicher Kapazitäten im Ausland zur dynamischen Ausgabenentwicklung mit beitragen kann. Auch verbindet die Bundesregierung mit dem Anspruch auf Kostenerstattung für im Ausland in Anspruch genommene Leistungen den Aspekt, dass mit dieser Kostenerstattung eine marktwirtschaftliche, das Solidaritätsprinzip tangierende Orientierung verbunden sein kann.

Solidarität und gleicher Zugang zu Gesundheitsleistungen gehören zu den Prinzipien einer sozialen Krankenversicherung, die einen Kern sozialstaatlichen Handelns in der Bundesrepublik Deutschland ausmacht.

Die Bundesregierung hält an der bewussten Entscheidung der Partner des EG-Vertrages fest, die Ausgestaltung der jeweiligen sozialen Sicherungssysteme in der Kompetenz der nationalen Gesetzgebung zumindest so lange zu belassen, solange nicht das Zusammenwachsen Europas mit einer politischen Union und zeitgleich mit einer Sozialunion vollendet werden kann.

101. Teilt die Bundesregierung die Auffassung, dass die beiden Entscheidungen auf alle Versicherten anwendbar sind und nicht nur auf die Versicherten, die berechtigt sind, Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen?

Wenn nein, wie rechtfertigt sie die unterschiedliche Behandlung von Versicherten beim Zugang zu medizinischen Leistungen in anderen Mitgliedstaaten?

Die Bundesregierung teilt diese Auffassung aus den Gründen der beiden Entscheidungen nicht. Die beiden Entscheidungen beziehen sich auf Streitgegenstände, in denen ein Kostenerstattungsanspruch nach nationalem Recht geltend gemacht wird.

Die unterschiedliche Behandlung von Versicherten mit der Wahlmöglichkeit zur Kostenerstattung und von Versicherten ohne diese Wahlmöglichkeit beim Zugang zu medizinischen Leistungen in anderen Mitgliedstaaten rechtfertigt sich aus den gleichen Gründen, aus denen § 13 SGB V einen Unterschied zwischen freiwillig Versicherten und Pflichtversicherten macht.

102. Sieht die Bundesregierung in diesen beiden Urteilen eine Entscheidung für das Kostenerstattungs- und gegen das Sachleistungsprinzip, die für die weitere Rechtsentwicklung in der EU von wegweisender Bedeutung ist?

Die Bundesregierung sieht in diesen beiden Urteilen keine Entscheidung für das Kostenerstattungs- und gegen das Sachleistungsprinzip. Die Urteile knüpfen lediglich an ein nationalen Kostenerstattungsrecht im GKV-System an, „erfinden“ dagegen den zugesprochenen Kostenerstattungsanspruch nicht eigenständig neu. Der EuGH hat lediglich in Konsequenz seiner bisherigen Rechtsprechung zum Anwendungsbereich (Schutzbereich) der Grundfreiheiten des EG-Vertrages auch die von den gesetzlich Krankenversicherten privatautonom abgeschlossenen Verträge über Krankenversicherungsleistungen den wirtschaftlichen Grundfreiheiten nach dem EG-Vertrag unterstellt. Bei diesen privatautonom abgeschlossenen Verträgen mit anschließender Kostenerstattung handelt es sich um Sachverhalte, die dem Waren- und Dienstleistungsverkehr zuzuordnen sind. Insofern war es dann nur konsequent, wenn der EuGH dieses Geschehen dem Regime der wirtschaftlichen Grundfreiheiten unterstellte. Eine rechtspolitische Präferenz des EuGH für das Kostenerstattungsprinzip lässt sich dem nicht entnehmen.

103. Sieht die Bundesregierung im freien Zugang zu medizinischen Leistungen in anderen Mitgliedstaaten eine Gefährdung der Steuerungsinstrumente in der GKV, weil dadurch z. B. die Budgetierung, das Wirtschaftlichkeitsgebot oder die Bedarfsplanung unterlaufen werden können?

Die Bundesregierung ist der Ansicht, dass zur Ausgestaltung eines Systems der sozialen Sicherheit auch die wesentlichen Strukturprinzipien zählen, die die

Leistungserbringung regeln. Im System der gesetzlichen Krankenversicherung hat das Sachleistungsprinzip einen besonderen Stellenwert. In einem solchen System werden die Leistungen den Versicherten von den Versicherungsträgern aufgrund von Vereinbarungen mit den Leistungserbringern direkt zur Verfügung gestellt. Somit verbindet das Sachleistungsprinzip ökonomische und qualitätssichernde Maßnahmen. Ein, wie die Frage unterstellt, freier Zugang zu medizinischen Leistungen in anderen Mitgliedstaaten verbunden mit zusätzlichen Anwendungen würde die Systemsteuerung, die für eine ausreichende, zweckmäßige und das Maß des Notwendigen nicht überschreitende medizinische Versorgung der Versicherten der Garant ist, erschweren.

Die auf der Grundlage und mit Blick auf ein öffentlich-rechtliches Kollektivvertragssystem geschaffenen öffentlich-rechtlichen Steuerungsinstrumente, die mit öffentlich-rechtlicher Hoheitsbefugnis durchgesetzt und kontrolliert werden müssen, finden zwangsläufig ihre territoriale Begrenzung. Im Ausland lassen sich diese öffentlich-rechtlichen Instrumente nicht einsetzen. Würde man die Versorgung im Ausland ohne Einsatz dieser Steuerungsinstrumente ermöglichen, wäre sicherlich inländischen Leistungserbringern nicht zu erklären, aus welchen Gründen sie nach wie vor auf diese Steuerungsinstrumente verpflichtet sind.

104. Beabsichtigt die Bundesregierung, der GKV die Möglichkeit zu geben, ihren Versicherten durch vertragliche Regelungen mit ausländischen Versicherungsträgern oder mit ausländischen Leistungserbringern qualitätsgesicherte Angebote zur Verfügung zu stellen, um eine ungesteuerte Inanspruchnahme von Leistungserbringern in großem Umfang im EU-Ausland zu vermeiden?

In den grenznahen Regionen werden schon heute grenzüberschreitende Kooperationen entwickelt und durchgeführt. Diese Kooperation beruht auf dem europäischen Koordinierungsrecht (EU-Verordnung 1408/71). Der Vorschlag, weitgehende Möglichkeiten zum Abschluss von Verträgen mit ausländischen Versicherungsträgern und/oder Leistungserbringern zu eröffnen, bedarf der sorgfältigen Prüfung insbesondere im Kontext mit europarechtlichen Vorgaben. Grundsätzlich steht die Bundesregierung Überlegungen, eine Kompetenz für Krankenkassen und ihre Verbände zu schaffen, mit ausländischen Leistungserbringern Verträge über die (Sach-)Leistungserbringung für deutsche Versicherte im EU-Ausland abzuschließen, positiv gegenüber; dies gilt auch für Verträge mit Krankenversicherungsträgern im europäischen Ausland. Allerdings sollten weitergehende Kontrahierungsmöglichkeiten erst unter Einbezug der weiteren Entscheidungen des EuGH geprüft werden.

105. Teilt die Bundesregierung die Auffassung, dass die beiden Urteile zu einer politisch problematischen Inländerdiskriminierung führen, weil die restriktiven Steuerungsinstrumente des deutschen Krankenversicherungsrechts für Leistungserbringer im EU-Ausland nicht gelten?

Die Tatsache, dass das deutsche Krankenversicherungsrecht lediglich im Inland gilt, führt nicht zu einer rechtspolitisch relevanten Inländerdiskriminierung. Die Leistungsinanspruchnahme im EU-Ausland, die nicht über die EU-Verordnung 1408/71 abgewickelt wird, hat einen in Ansehung der genannten Urteile äußerst geringen Umfang. Eine problematische Inländerdiskriminierung ist damit nicht verbunden.

G. Prävention

106. Wie will die Bundesregierung erreichen, dass der in § 1 Satz 2 SGB V niedergelegte Grundsatz, die Versicherten seien für ihre Gesundheit mitverantwortlich und sollten durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden, auch auf dem Gebiet der Prävention verwirklicht wird?

Die Gestaltung gesunder Lebens- und Arbeitsbedingungen ist als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe anzusehen, die von einer Vielzahl von Akteuren zu leisten ist. Die gesetzliche Krankenkasse kann und soll nach dem Willen der Bundesregierung ihren Beitrag hierzu leisten. Mit der Neufassung des § 20 SGB V durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 hat die Bundesregierung die gesetzlichen Rahmenbedingungen für nachhaltige Verbesserungen in der Primärprävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung geschaffen. Damit ist es den Krankenkassen nunmehr möglich, den Gesundheitszustand der Versicherten unter deren aktiver Beteiligung zu verbessern und gesundheitlichen Beeinträchtigungen frühzeitig entgegenzuwirken, anstatt sie kostenintensiv zu kurieren.

107. Teilt die Bundesregierung die Auffassung des Sachverständigenrates (Gutachten 1998, TZ 222 ff.), wonach der demographische Umbau der Bevölkerung zu einem vermehrten Versorgungsbedarf in Kuration, Rehabilitation und Pflege führt, dessen langfristige Entwicklung von den heutigen präventiven Investitionen vor allem in mittleren und höheren Altersstufen abhängig ist?

Wenn ja, welche Maßnahmen will sie insbesondere mit Blick auf die genannten Altersstufen ergreifen?

Der Sachverständigenrat der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen hat im Jahr 1998 kein Gutachten erstellt. Es wird davon ausgegangen, dass sich Frage 107 auf das bereits im Jahr 1996 erstellte Sondergutachten „Gesundheitswesen in Deutschland – Kostenfaktor und Zukunftsbranche, Band I: Demographie, Morbidität, Wirtschaftlichkeitsreserven und Beschäftigung“ bezieht (auf die Antwort zu Frage 108 wird verwiesen). Diese Bundesregierung teilt die dort geäußerte Auffassung des Sachverständigenrates über den hohen Stellenwert der Prävention im Gesundheitswesen und ist nach der Übernahme der Regierungsverantwortung im Jahr 1998 dementsprechend gesetzgeberisch tätig geworden. Durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 sind mit der Neufassung von § 20 SGB V Leistungen zur Primärprävention, betrieblichen Gesundheitsförderung und Verbesserung der Selbsthilfeförderung eingeführt worden. Darüber hinaus können die Krankenkassen nunmehr auch zusätzliche Leistungen zur Tertiärprävention anbieten und wirksame und effiziente Patientenschulungsmaßnahmen für chronisch Kranke erbringen (§ 43 SGB V).

108. Teilt die Bundesregierung die Einschätzung des Sachverständigenrates (1996), der insbesondere einen demographisch bedingten Zusatzversorgungsbedarf bei Älteren im Bereich obstruktiver Lungenerkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen, Erkrankungen des

Bewegungsapparates prognostiziert und ein großes und noch weithin unausgeschöpftes präventives Potenzial ausgemacht hat?

Welche Maßnahmen hat die Bundesregierung ergriffen oder wird sie ergreifen, um insbesondere für diese Erkrankungsgruppen präventive Vorkehrung zu entwickeln?

Bei den Aussagen des Sachverständigenrates handelt es sich um Trendaussagen, die auf spezifischen Annahmen und Extrapolationen in die Zukunft beruhen. Ein Versorgungsbedarf wird – neben der Bevölkerungsentwicklung – auch in hohem Maße von der technischen und wissenschaftlichen Entwicklung beeinflusst, die nicht vorhersehbar ist.

Allerdings kann angesichts der demographischen Entwicklung davon ausgegangen werden, dass Krankheiten, die auch aufgrund biologischer Gegebenheiten vermehrt im Alter auftreten, mit einer Zunahme der älteren Bevölkerung zahlenmäßig anwachsen.

Die Bundesregierung teilt die Einschätzung des Sachverständigenrates, dass es noch ein großes unausgeschöpftes präventives Potenzial zur Vermeidung vieler chronischer Krankheiten gibt. Eine Verbesserung der Lebenserwartung und eine wesentliche Reduktion vermeidbarer Todesfälle sind zu erwarten, wenn es gelingt, altersgemäße und bedarfsorientierte Maßnahmen der Verhaltens- und Verhältnisprävention zum Erfolg zu führen. Insbesondere können in früher Kindheit beginnende Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen die Risiken für die Entwicklung von Krankheiten im höheren Lebensalter verringern, und ein gesundheitsbewusster Lebensstil kann in jedem Lebensalter einen wichtigen Beitrag zur Gesundheit im Alter leisten.

In dem Sachverständigenratsgutachten 1996 sind bekannte primärpräventive Maßnahmen wie Vermeidung des Rauchens und übermäßigen Alkoholkonsums, Propagierung abwechslungsreicher, insbesondere gemüse- und calciumreicher Ernährung sowie die Bewegungsförderung angeführt.

Im Rahmen diverser Programme und Aktionen hat die Bundesregierung bereits in der Vergangenheit diese risiko- bzw. gesundheitsförderlichen Lebensstil-Faktoren aufgegriffen und entsprechende Aufklärungsmaßnahmen initiiert bzw. unterstützt.

So führt die Bundesregierung seit Jahren umfangreiche Maßnahmen zur Suchtprävention und zur Förderung des Nichtrauchens durch.

Die Aufgabe der Suchtvorbeugung ist es, diejenigen Einstellungen, Fähigkeiten und Verhaltensweisen zu fördern, die vor Suchtmittelgebrauch schützen. Dazu gehört auch eine altersangemessene Auseinandersetzung mit dem Angebot von Suchtmitteln. Deshalb ist die Aufklärung über die Wirkungsweisen und Risiken von Suchtmitteln ein fester Bestandteil der Maßnahmen zur Suchtvorbeugung.

Um auf die Gefahren und Folgen des Alkoholkonsums hinzuweisen, werden auf Bundesebene vorwiegend die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, die vom Bundesministerium gefördert wird, tätig. Beide Institutionen führen in Zusammenarbeit mit verschiedenen Trägerverbänden zahlreiche Aktivitäten zum Thema Alkohol durch. Zielgruppen sind die Allgemeinbevölkerung, Jugendliche, Eltern und Multiplikatoren darunter insbesondere Ärzte. „Alkohol – Verantwortung setzt die Grenze“ ist eine Kampagne der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, die im Auftrag der Bundesregierung in diesem Jahr gestartet wurde und bundesweit durchgeführt wird. Im Rahmen dieser Kampagne sind weitere umfangreiche suchtpräventive Maßnahmen vorgesehen. Eine wichtige Zielgruppe sind dabei Kinder und Jugendliche.

Auf der Ebene der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wurde mit Unterstützung der Bundesregierung der zweite europäische Aktionsplan „Alkohol“ verabschiedet. Gegenwärtig wird geprüft, welche Maßnahmen aus diesem neuen Aktionsplan „Alkohol“ der WHO auf nationaler Ebene umgesetzt werden können.

Die seit Jahren von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Auftrag der Bundesregierung durchgeführte Kampagne „rauchfrei“ transportiert unmittelbar die rauchpräventive Botschaft. Unter diesem Motto sind zum Beispiel Materialien, Broschüren und Medien für die Beratung von Schwangeren, für Frauenärzte und Hebammen sowie TV-Spots für Zielgruppe Kinder und Jugendliche entwickelt worden. Ebenso gibt es Hilfen für interessierte Betriebe, um den Arbeitsplatz rauchfrei zu gestalten. Im Mittelpunkt dabei steht das rauchfreie Krankenhaus Ein besonderer Schwerpunkt im Bereich der Nichtraucherförderung besteht in den Ausstiegshilfen für jugendliche Raucherinnen und Raucher.

In Deutschland wird derzeit der dritte Aktionsplan der WHO für ein tabakfreies Europa (1997 bis 2001) umgesetzt. Eine wichtige Maßnahme aus diesem Aktionsplan ist das WHO-Partnerschaftsprojekt zur Tabakabhängigkeit, das 1999 begonnen hat und auf 3 Jahre angelegt ist. Neben Deutschland beteiligen sich drei weitere europäische Länder. Das Bundesministerium für Gesundheit fördert im Rahmen dieses Projektes die Koalition gegen das Rauchen – ein Aktionsbündnis von über 100 nichtstaatlichen Organisationen aus Präventions- und Gesundheitsbereichen – die auch die nationale Koordinierung dieses Projektes durchführt.

Neben diesen Aktivitäten wird insbesondere auf das Gesamtprogramm zur Krebsbekämpfung sowie die Unterstützung entsprechender Maßnahmen im Rahmen des EU-Programms „Europa gegen den Krebs“ verwiesen. Auch der zu einem erheblichen Anteil vom Bund finanzierte telefongestützte Krebsinformationsdienst, angesiedelt beim Deutschen Krebsforschungszentrum in Heidelberg, trägt im Rahmen seiner vielfältigen Informationstätigkeiten dazu bei, Präventionspotenziale zu fördern. Weiterhin sind in unserem föderalen, gegliederten Gesundheitssystem auf dem Gebiet der Prävention der genannten Krankheiten eine Reihe von nicht-staatlichen Organisationen in erheblichem Umfang aktiv, so z. B. die Deutsche Herzstiftung, die im Rahmen einer Aufklärungsaktion im Herbst 1999 „Kampf dem Herzinfarkt“ finanziell durch das Bundesministerium für Gesundheit gefördert wurde, oder die Deutsche Krebshilfe. Kontinuierliche Informationen zur gesunden Ernährung für alle Altersgruppen, aber auch Lernprogramme speziell für Kinder und Jugendliche in Kindergarten und Schule werden von der BZgA, Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE), sowie dem Auswertungs- und Informationsdienst für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten (aid) erstellt und ständig aktualisiert. Hinzu kommen spezielle Aktivitäten (z. B. das Programm „Gut drauf“ der BZgA, das u. a. eine Ausstellung sowie Gestaltungsmöglichkeiten im Freizeitbereich beinhaltet), die auch Jugendliche außerhalb der schulischen Erziehung ansprechen sollen.

Unter Schirmherrschaft der damaligen Bundesministerin für Gesundheit, Andrea Fischer, und des ehemaligen Bundesministers für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten, Karl-Heinz Funke, begann am 1. Juni 2000 die Kampagne „5 am Tag“ des gleichnamigen Vereins, die durch Propagierung eines höheren Obst- und Gemüsekonsums in Deutschland das Präventionspotenzial einer gesunden Ernährung insbesondere für Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen nutzen möchte. Als Gesundheitspartner sind u. a. die Deutsche Krebsgesellschaft, die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE), der Auswertungs- und Informationsdienst für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten (aid) und die

Barmer Ersatzkasse Mitglied sowie verschiedene Partner aus Produktion und Handel.

Im Bereich der Erkrankungen des Bewegungsapparates sind die Deutsche Rheumaliga und für die Erkrankung der Osteoporose die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Osteoporose, initiiert von dem Deutschen Grünen Kreuz, sowie noch weitere diverse Organisationen und Institutionen zu nennen. Auch die weltweit ausgerufene „Bone and Joint decade“ wird mit ihrer deutschen Sektion u. a. die Prävention unterstützen.

Hinsichtlich der Prävention möglicherweise durch Umwelteinflüsse bedingter bzw. mitverursachter Erkrankungen wird auf die vom Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit im Aktionsprogramm „Umwelt und Gesundheit“ formulierten Strategien zur Förderung der Umweltmedizin sowie zur Erreichung prioritärer Umweltqualitätsziele mit gesundheitlicher Relevanz verwiesen.

109. Ist der Bundesregierung bekannt, dass das Projekt „Geriatrische Rehabilitation“, das 1995 in Rheinland-Pfalz begonnen wurde und nunmehr abgeschlossen ist, in den Ergebnissen eine Reduktion des Fremdhilfebedarfs bei Patienten unterschiedlicher Diagnosegruppen zeigt?

Ist der Bundesregierung bekannt, welche Folgerungen die beteiligten Krankenkassen, ggf. auch für die Bundesebene, aus diesem Modellprojekt zur Tertiärprävention (präventive Reduktion bleibender Krankheitsfolgen einschl. vermeidbare Pflegebedarfs) zu ziehen beabsichtigen?

Der Bundesregierung sind zusammenfassende Ergebnisse der Modellvorhaben zur Geriatrischen Rehabilitation in Rheinland-Pfalz bekannt. Die Erkenntnisse, dass bei Patienten mit den Diagnosen „Affektionen im Bereich der unteren Extremitäten“ und „Schlaganfall“ Funktionsverbesserungen durch rehabilitative Maßnahmen zu erreichen sind, unterstützen bisherige nationale und internationale Erfahrungen und Erkenntnisse zur Rehabilitation. Die Modellvorhaben in Rheinland-Pfalz zeigen allerdings auch, dass nur bei einem Teil der Patienten die Funktionsverbesserungen noch nach einem Jahr nachweisbar sind. Die Bundesregierung teilt die Einschätzung des zuständigen Ministeriums für Arbeit, Soziales und Gesundheit in Rheinland-Pfalz, dass die Modellvorhaben keine Differenzierung zwischen Spontanbesserungen und Rehabilitationseffekten erlauben, da keine Kontrollgruppen mit Patienten ohne Rehabilitationsmaßnahmen einbezogen wurden. Insofern wird auch die Auffassung geteilt, dass die Aussagekraft der Modellvorhaben und eventuelle Folgerungen für die Bundesebene als eingeschränkt zu betrachten sind.

110. Beabsichtigt die Bundesregierung und bejahendenfalls, in welcher Weise, auf die Krankenkassenverbände auf Bundesebene einzuwirken, derartige Erkenntnisse und die Ergebnisse vergleichbarer Studien in die Praxis umzusetzen?

Die Bundesregierung wirkt grundsätzlich darauf hin, im Rahmen der ihr eingeräumten gesetzlichen Möglichkeiten weiterführende Ergebnisse wissenschaftlicher Studien auf ihre Auswirkungen in der Praxis hin zu prüfen.

111. Welche Maßnahmen beabsichtigt die Bundesregierung zu ergreifen, um dafür Sorge zu tragen, dass die in § 43 Nr. 2 SGB V neu eingeführte Möglichkeit der Patientenschulungsmaßnahmen, insbesondere auch für ältere Patienten, in wirksamer Form umgesetzt wird, zumal internationalen Studien zufolge [Medical Care 37 (I), 1999] Patientenschulung

bei geriatrischen Patienten mit mehreren chronischen Erkrankungen deren Gesundheitsstatus signifikant verbessern, Krankenhauseinweisungen und notwendige Arztbesuche reduzieren kann?

Die Bundesregierung hat mit der Änderung des § 43 SGB V die rechtliche Möglichkeit geschaffen, Patientenschulungsmaßnahmen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung zu erbringen. Es ist nun Aufgabe der Krankenkassen, für die Umsetzung dieser leistungsrechtlichen Möglichkeiten vor Ort zu sorgen.

112. Teilt die Bundesregierung die Äußerung einzelner Kassenvertreter, dass die jetzige Wettbewerbssituation der Kassen deren Bereitschaft zu einem präventiven Engagement, insbesondere für die Zielgruppe der Älteren unter ihren Versicherten, beeinträchtigt?

Bejahendenfalls, welche Maßnahmen gedenkt die Bundesregierung dagegen zu ergreifen?

Es ist nicht Aufgabe der Bundesregierung, Äußerungen einzelner Kassenvertreter zu kommentieren. Ansprechpartner der Bundesregierung sind die Spitzenverbände der Krankenkassen. Soweit erkennbar, haben diese bisher nicht die Position eingenommen, dass den Krankenkassen die Bereitschaft zu einem präventiven Engagement fehlt.

113. In welcher Weise beabsichtigt die Bundesregierung, darauf einzuwirken, dass die Vereinbarungen nach § 20 Abs. 1 SGB V nicht – wie bereits vor 1996 – eher wettbewerblichen Darstellungszwecken der Krankenkassen, sondern der Orientierung an nachgewiesenen präventiven Wirkungen dienen und in der Umsetzung dafür Sorge tragen, dass die erhofften Qualitätserfordernisse auch tatsächlich eingehalten werden?

Der Gesetzgeber hat den Spitzenverbänden der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 SGB V aufgegeben, gemeinsam und einheitlich unter Einbeziehung unabhängigen Sachverstandes prioritäre Handlungsfelder und Kriterien für Leistungen zur primären Prävention und betrieblichen Gesundheitsförderung, insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalten und Methodik, zu beschließen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben unter Beteiligung einer Vielzahl von Experten z. B. des Sachverständigenrates der Konzertierten Aktion, der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und der Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung einen entsprechenden Leitfaden beschlossen, der insgesamt positiv beurteilt wird. Der Sachverständigenrat der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen begrüßt insbesondere die Aufnahme des Setting-Ansatzes, der eine stärkere Zielorientierung und Akzentuierung von Zugangswegen verspricht, und die Einrichtung einer „Beratenden Kommission der Spitzenverbände der Krankenkassen für Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung“, die den Einstieg in einen transparenten Prozess ermöglicht, in dem die Qualität gesichert und in dessen Verlauf auch die Handlungsfelder und Kriterien für Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20 SGB V sinnvoll weiter fortgeschrieben werden können. Zwischenzeitlich hat die „Beratende Kommission“, welcher außer den o. g. Institutionen die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin sowie der Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften als ständige Mitglieder angehören, ihre Arbeit aufgenommen; bei Bedarf werden weitere Institutionen/Experten hinzugezogen. An den Sitzungen nehmen auch das Bundesministerium für Gesundheit und das Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen als Vertretung der Gesundheitsministerkonferenz teil.

114. Ist der Bundergierung bekannt, dass nach internationalen Daten das Risiko für über 50-Jährige, eine Osteoporose-bedingte Hüftfraktur zu erleiden, zwischen 14 bis 18 % für Frauen bzw. 3 bis 6 % für Männer (Cooper 1997) beträgt?

Der Bundesregierung sind Angaben aus der internationalen Literatur bekannt, die bestätigen, dass das „Rest-Lebenszeit-Risiko“ für über 50-Jährige, eine osteoporose-assoziierte Hüftfraktur zu erleiden, in etwa den Zahlen entspricht, die hier aus einer Studie (Cooper 1997) zitiert werden.

115. Ist der Bundesregierung bekannt, dass das von der amerikanischen Regierung eingesetzte Präventionskomitee (US Preventive Service Task Force 1996) den Ärzten empfiehlt, insbesondere ihre Patientinnen rechtzeitig über Möglichkeiten der Prävention durch Ernährung (Kalzium- und Vitamin-D-Aufnahme), regelmäßige Bewegung und Aufgabe des Rauchens aufzuklären?

Der Bundesregierung ist – auch unabhängig von den Empfehlungen der US Preventive Service Task Force (1996) – bekannt, dass Patientinnen, die gefährdet sind, an einer Osteoporose zu erkranken (insbesondere sog. High-risk-Patientinnen), vom Arzt rechtzeitig über Möglichkeiten der nicht-medikamentösen Prävention dieser Erkrankung z. B. durch calciumreiche Ernährung, regelmäßige körperliche Aktivität und ggf. Aufgabe bzw. Vermeidung des Rauchens aufgeklärt werden sollten. Dem entsprechen nicht zuletzt die Empfehlungen von Osteoporose-Leitlinien (z. B. Osteoporose Leitlinien Medizin, Die Empfehlungen der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Osteoporose (DAGO), zweite überarbeitete Auflage 1997).

116. Welche Maßnahmen beabsichtigt die Bundesregierung angesichts dieser bedeutenden prävenierbaren Krankheitslast zu ergreifen, damit auch in deutschen Arztpraxen diese Empfehlungen wirksam und nachprüfbar umgesetzt werden?

In dem gegliederten und föderalen Gesundheitssystem der Bundesrepublik Deutschland kommt nicht-staatlichen Organisationen bei der Initiierung und Durchführung von Präventionsmaßnahmen bei spezifischen Krankheitsbildern eine besondere Rolle zu. Bei dem Krankheitsbild der Osteoporose wurden z. B. von der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Osteoporose (DAGO), einer Arbeitsgemeinschaft initiiert von dem Deutschen Grünen Kreuz, in der Vergangenheit in Zusammenarbeit mit den jeweiligen regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen Fortbildungen für niedergelassene Ärzte durchgeführt. Im Rahmen dieser Aktionen wurden den Ärzten/Innen u. a. auch die Empfehlungen hinsichtlich der nicht-medikamentösen Prävention der Osteoporose vermittelt, die auch Inhalt von Osteoporose-Leitlinien der DAGO (s. Beantwortung der Frage 115) sind. Eine Überarbeitung dieser Leitlinien auf der Basis evidenzbasierter Kriterien wird derzeit durch einen Dachverband auf dem Gebiet der Osteologie ausgewiesener, medizinisch-wissenschaftlicher Fachgesellschaften vorgenommen. Die Bundesregierung begrüßt dieses Engagement der o. g. Organisationen – stellvertretend für viele Maßnahmen weiterer, nicht namentlich genannter nicht-staatlicher Organisationen – ausdrücklich.

Daher wird das Bundesministerium für Gesundheit die Präventionsbemühungen zur Osteoporose auch in Zukunft unterstützen.

117. Wie beurteilt die Bundesregierung im selben Zusammenhang den Einsatz der Östrogentherapie bei post-menopausalen Frauen und die zurzeit

noch geringe Compliance, die nach Literaturschätzung bei ca. 30 % liegt?

Welche genaueren Daten bzw. Erkenntnisse liegen der Bundesregierung dazu vor?

Die Gabe von Östrogen in einer Phase des verstärkten Knochenumbaus, wie er in der Menopause auftritt, bewirkt eine Verminderung dieses sog. Knochenremodeling, das mit einem stetigen Abbau von Knochenmasse/Knochenmineralgehalt verbunden sein kann. In Studien konnte gezeigt werden, dass die Gabe von Östrogen, vor allem in den ersten 1 bis 2 Jahren der Anwendung, in einer Zunahme der Knochenmasse und -dichte resultiert. Zahlreiche epidemiologische Studien haben gezeigt, dass mit der Zunahme der Knochendichte unter der Östrogentherapie das Risiko von Hüft- und Handgelenksfrakturen vermindert war. In kontrollierten klinischen Studien wird die Verminderung des Risikos von Wirbelfrakturen unter Östrogen auf 50 bis 80 % geschätzt. Allerdings wurde in Langzeitstudien auch gezeigt, dass, wenn die Östrogengabe ausgesetzt wird, der Knochenabbau fast unmittelbar wieder einsetzt. Dies wurde bei Patienten mit geringer Compliance besonders deutlich. Der Applikationsweg (oral, transdermal, subcutan usw.) scheint für die die Knochenstruktur erhaltende Wirksamkeit des Östrogens ohne Bedeutung zu sein.

Präparate mit Hormonen zur Substitutionstherapie sind sowohl als östrogenhaltige Monopräparate wie auch als Kombinationen mit Gestagenen in verschiedenen Darreichungsformen zur Prophylaxe der Osteoporose zugelassen. Dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte liegen jedoch keine verlässlichen Zahlen vor, die sich auf die Anwendung zu diesem Zweck beziehen. Die Mehrzahl der Präparate ist für weitere Indikationen zugelassen, wobei die Anwendung bei klimakterischen Beschwerden wohl am häufigsten ist. Es liegen auch keine Daten vor, die eine Beurteilung der Compliance ermöglichen. Nach allgemeinen Erfahrungen ist zu erwarten, dass die Compliance bei prophylaktischer Anwendung von Arzneimitteln geringer ist als bei der Behandlung von akuten Beschwerden, wie z. B. bei klimakterischen Hitzewallungen.

Selbstverständlich ist, dass, wie bei jeder Indikationsstellung zu einer Arzneimitteltherapie, so auch bei dem Einsatz von Östrogenen zur postmenopausalen Behandlung, eine sorgfältige Nutzen/Risiko-Abwägung vorzunehmen ist. Insbesondere gilt dies vor dem Hintergrund möglicher gravierender Risiken, wie z. B. dem der Karzinogenität.

118. Ist der Bundesregierung bekannt, dass Stürze bei über 65-Jährigen die Hauptursache für vermeidbare Verletzungen und nicht krankheitsverursachten Tod darstellen und die Sturzprophylaxe bei über 65-Jährigen von dem US Preventive Service Task Force (1996) als besondere präventive Aufgabe des Arztes empfohlen wird, wobei zu den besonderen Risikofaktoren neben Beseitigung von Einflüssen der Wohnung („Stolperfallen“) eine unzweckmäßige Medikamentengabe gehört?

Ja. Dass Sturzprophylaxe wichtig ist, ist auch unabhängig von der Empfehlung des US Preventive Service Task Force bekannt. Nach dem Gesundheitsbericht für Deutschland starben 1995 in Deutschland rd. 10 300 Personen über 60 Jahren an Haus- und Freizeitunfällen. Bei Männern sind rd. 63 % und bei Frauen 79 % dieser Sterbefälle auf Stürze zurückzuführen. Stürze führen in Deutschland jährlich zu schätzungsweise 464 000 Verletzungen bei älteren Menschen, 78 000 bei Männern und 386 000 bei Frauen. Damit verursachen sie rd. 58 % bzw. 72 % der Unfallverletzungen im Haus- und Freizeitbereich und dominieren so das Unfallgeschehen in dieser Altergruppe.

Laut Gesundheitsbericht für Deutschland bedeutet Unfallvorbeugung im höheren Lebensalter in erster Linie eine unfallsichere Ausstattung der Wohnungen. Keine Türschwellen, rutschsichere Fußbodenbeläge, ausreichende Beleuchtung, Haltegriffe an Badewanne und WC sind von besonderer Bedeutung. Darüber hinaus ist die Prävention generell durch mehr allgemeines Verantwortungsbewusstsein und mehr Rücksichtnahme gegenüber älteren Personen zu erreichen.

Auch das Sondergutachten 1996 des Sachverständigenrates für Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen „Gesundheitswesen in Deutschland; Kostenfaktor und Zukunftsbranche“ geht in Band I: Demographie, Morbidität, Wirtschaftlichkeitsreserven und Beschäftigung auf die Problematik Stürze und Unfälle ein.

Darüber hinaus hat die Arbeitgruppe 4 „Prävention und Gesundheitsförderung aus der Sicht der Gerontologie und Geriatrie beim Kongress „Zukunftsaufgabe Gesundheitsvorsorge“ des Bundesministerium für Gesundheit (BMG) vom 12. bis 14. September 1993 darauf hingewiesen, dass die Geriatrie spezifische Syndrome mit hohem Risikocharakter (zum Bespiel Sturzsyndrom, Immobilisationssyndrom), bei denen eine rechtzeitige Intervention schwer wiegende Beeinträchtigungen des Patienten verhindern hilft, kennt.

Die Problematik der Stürze in der Geriatrie war wiederholt Thema der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie, so zum Beispiel 1995 und 1997.

Dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte liegen eine Reihe von Spontanmeldungen vor, in denen über „Sturz“ sowie „veränderten Gang“ als mögliche Ursache eines Sturzes im Zusammenhang mit der Einnahme von Arzneimitteln berichtet wird. Eine genaue Analyse der jeweiligen therapeutischen Notwendigkeit der Medikation und somit der Vermeidbarkeit von eventuellen Verletzungen ist zwar aufgrund der vorliegenden Daten nur begrenzt möglich; die vorliegenden Berichte und deren Analyse einzelner Fälle im Originalbericht zeigen jedoch, dass bei Arzneimitteln mit einem Potenzial zur Verursachung von Gangunsicherheiten Hinweise auf Risiken in der jeweiligen Packungsbeilage nicht regelmäßig und vollständig beachtet werden. Als Beispiel seien langdauernde Anwendungen von Hypnotika, die „zur kurzdauernden symptomatischen Behandlung von Schlafstörungen“ eingesetzt werden sollen, sowie die Anwendung von Hypnotika bei 70- bis 95-Jährigen trotz der Warnung „Bei älteren Patienten ist wegen Sturzgefahr, insbesondere bei nächtlichem Aufstehen, Vorsicht geboten“ genannt.

Effektive Sturzprophylaxe setzt umfassende Kenntnis der komplexen Problematik voraus. Bei der gesteigerten Gefährdung älterer Menschen durch Sturzereignisse spielen zwei Hauptaspekte eine Rolle. Einerseits manifestiert sich bei Senioren mit zunehmendem Alter häufig eine verstärkte Gangunsicherheit. Diese kann durch Erkrankungen des Bewegungsapparates direkt, durch neurologische Systemerkrankungen wie z. B. Morbus Parkinson oder durch Spätschäden chronischer Verläufe z. B. eines Diabetes mellitus hervorgerufen werden. Begünstigend wirken sich Faktoren mangelnden körperlichen Trainings und altersbedingte Einschränkungen der unterschiedlichen Sinnesorgane sowie Veränderungen des Reaktionsvermögens aus. Schließlich können ungünstige Rahmenbedingungen baulicher Art, der Wohnungs- oder Schuhwerkausstattung oder der Medikation das Sturzereignis auslösen.

Andererseits sind die Folgen eines Sturzes für Senioren besonders schwer wiegend: Sie ziehen sich aufgrund osteoporotischer Veränderungen und fehlender Schutzreaktionen oftmals typische Frakturen zu, die in vorzeitige Abhängigkeit, Hilfe- und Pflegebedürftigkeit führen. Eine Aneinanderreihung von Ängsten, Vermeidungsverhalten und mangelnder Mobilität fördert geradezu weitere Sturzereignisse.

Auf der Grundlage dieser Kenntnisse bemüht sich die Bundesregierung,

- über eine Verbesserung der Rahmenbedingungen für das Wohnen im Alter (vgl. Antwort auf Frage 124),
- über eine Förderung der Angebote für den Seniorensport,
- über eine Sicherung von Qualitätsstandards in der Pflege durch gesetzliche Maßnahmen (Altenpflegegesetz, Entwurf eines dritten Gesetzes zur Änderung des Heimgesetzes) und
- über das Modellprogramm zur Verbesserung der Situation der Pflegebedürftigen sowie
- über das Modellprogramm „Altenhilfestrukturen der Zukunft“

präventive Effekte zu erreichen.

Im inzwischen abgeschlossenen Modellvorhaben „Ganzheitliche Betreuung und medizinische Therapie geriatrischer Patienten“, das Hausärzte in einer interdisziplinär geprägten Kooperation mit der Fachklinik geriatrisch qualifiziert hat, ist über zwei Jahre ein geriatrisches Screening in der Hausarztpraxis erprobt worden. Dazu gehörte selbstverständlich auch der Faktor der Gangsicherheit bzw. Sturzneigung.

Sturzprophylaxe über ärztliche Beratung ist dabei ein wichtiger Ansatzpunkt, jedoch bei weitem nicht ausreichend. In der Planung für ein weiterführendes Vorhaben stehen deshalb Überlegungen zur Koppelung von Assessment, Beratungsintervention und Follow-up-Betreuung durch Gesundheitsberater ergänzend zu primär medizinischen Maßnahmen zur Diskussion. Von Vorteil hierbei ist die Früherkennung eines verstärkten Sturzrisikos und die Förderung eigenverantwortlicher Gesundheitsvorsorge beim alten Menschen.

119. Welche Maßnahmen beabsichtigt die Bundesregierung, um eine Umsetzung entsprechender Empfehlungen in Deutschland zu sichern?

Derzeit prüft die Bundesregierung gemeinsam mit der Bundesvereinigung für Gesundheit, welche Konsequenzen aus den vom Weltgesundheitstag 1999 gegebenen Empfehlungen umgesetzt werden können. Geplant ist zunächst eine Expertise zu bestehenden Aufklärungsmaßnahmen und -bedarf.

Darüber hinaus fördert die Bundesregierung im Rahmen des Modellprogramms „Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin“ die Entwicklung von evidenzbasierten Leitlinien in der Allgemeinmedizin. Eine dieser Leitlinien spricht beispielsweise die Verhütung von Stürzen älterer Menschen an. Dabei werden konkrete Handlungsanleitungen für den Hausarzt erarbeitet, die nach wissenschaftlichen Erkenntnissen dazu geeignet sind, Stürze zu verhindern. Bedeutsam an diesen Leitlinien ist, dass gleichzeitig mit der Erstellung der Leitlinien auch Strategien erarbeitet werden, die die Anwendung der Leitlinien in den Hausarztpraxen fördern sollen. Hinzu kommt, dass gut verständliche Anleitungen für den Patienten erarbeitet werden sollen, die u. a. aufzeigen, welche Maßnahmen der Patient selbst treffen kann.

Die Entwicklung dieser Leitlinie ist bereits weit fortgeschritten. Sie wird voraussichtlich noch in diesem Jahr in den sog. Praxistest kommen, um dann nach einem weiteren Prüfungsdurchlauf in ungefähr drei bis vier Monaten veröffentlicht zu werden.

In Ulm wird seit 1998 ein Trainingsprogramm für die 880 Bewohner aller Alten- und Pflegeheime der Stadt durchgeführt, das die Anzahl der Stürze mit Verletzungsfolgen, insbesondere Oberschenkelhalsbrüche, vermindern soll. Träger ist das Geriatrische Zentrum Ulm/Alb-Donau, der organisatorische Zu-

sammenschluss aller an der geriatrischen Versorgung Beteiligten der Region Ulm/Alb-Donau.

Das Vorhaben wird während einer dreijährigen Laufzeit von 1998 bis 2001 als Modell aus dem Modellprogramm zur Verbesserung der Situation Pflegebedürftiger vom BMG mit 1,4 Mio. DM gefördert. Das Land Baden-Württemberg beteiligt sich mit einer deutlich kleineren Summe.

Gegenstand des Trainings sind Übungen zur Steigerung von Kraft und Balance. Sie werden dreimal wöchentlich 45 Minuten lang durchgeführt. Die Anleitung übernimmt in den ersten drei Monaten ein Sporttherapeut; danach können sie unter Aufsicht des Personals stattfinden.

Die Verletzungsgefahr wird weiter vermindert durch das Tragen von Hüftprotektoren. Außerdem werden in den Heimen Stolperfallen (unbeleuchtete Flure, steile Treppen ohne Handlauf etc.) beseitigt.

Erste Ergebnisse: Die Zahl der Stürze mit Verletzungsfolgen wurde in den ersten zwei Jahren der Projektlaufzeit um 40 % vermindert (Vergleichszeitraum: 1994 bis 1997).

Da fast alle Oberschenkelhalsbrüche operiert werden (Fallpauschale rd. 10 000 DM), konnten in Ulm die Kosten für den Sporttherapeuten und die Hüftprotektoren klar kompensiert werden. Nicht berücksichtigt sind bei diesem Vergleich die Kosten für Krankenhausnachbehandlung, stationäre Rehabilitation und erhöhte Inanspruchnahme von ambulanter ärztlicher Behandlung.

120. Ist der Bundesregierung bekannt, dass die Deutsche Krebsgesellschaft Mängel in der Früherkennung von Krebserkrankungen in Deutschland angemahnt und darauf hingewiesen hat, dass die jetzigen Verfahren in der GKV im Wesentlichen seit 20 Jahren unverändert seien?

Welche Meinung hat die Bundesregierung gerade zu dem letzten Aspekt?

121. Welche Maßnahmen der Anpassung, der Qualitätssicherung und der verbesserten Nutzen-Kosten-Relationen der durchgeführten Maßnahmen beabsichtigt die Bundesregierung?

Die Bundesregierung begrüßt, dass sich die Deutsche Krebsgesellschaft mit der Weiterentwicklung der Früherkennung von Krebserkrankungen und deren Eignung für das Früherkennungsprogramm der gesetzlichen Krankenkassen befasst und den zuständigen Stellen in der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen mit ihrem wissenschaftlichen Sachverstand beratend zur Verfügung steht.

Nach geltendem Recht beschließt der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen, ein paritätisch mit Vertretern der Ärzte und der Krankenkassen besetztes Gremium, in Richtlinien nach § 92 SGB V das Nähere über Art und Umfang der Krebsfrüherkennungsuntersuchungen gemäß § 25 SGB V. Im Rahmen der Beratungen werden Sachverständige aus Wissenschaft, Klinik und Praxis hinzugezogen. Die Bundesregierung wird zu gegebener Zeit die gesetzlichen Grundlagen erarbeiten.

Überdies überprüft der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen die Richtlinien zur Krebsfrüherkennung regelmäßig, um sicherzustellen, dass neue wissenschaftliche Erkenntnisse berücksichtigt werden. In den letzten Jahren haben Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Aspekte der Kosten-Nutzen-Relationen dabei einen besonderen Stellenwert erhalten. Beispielsweise wurde durch die Initiierung der Modellprojekte zur Mammographie auf Versorgungsdefizite in der Krebsfrüherkennung von Brustkrebs bei Frauen reagiert. Unter

Hinzuziehung von in- und ausländischen wissenschaftlichen Experten wurden Maßnahmen ergriffen, die die Qualität der Mammographien und der Brustkrebs-Früherkennung verbessern. Die Bundesregierung unterstützt neben solchen Maßnahmen zur Verbesserung der Struktur- und Prozessqualität in der Krebsfrüherkennung auch die Mitwirkung von Versicherten sowie deren Selbstverantwortung, da dies wichtige Voraussetzungen zur Verbesserung der Wirkung der existierenden Früherkennungsprogramme sind.

122. Welche Maßnahmen beabsichtigt die Bundesregierung insbesondere durch Weiterentwicklung der ärztlichen Ausbildungsordnung zu treffen, um Defiziten bei der präventivmedizinischen Orientierung in der Ausbildungsordnung und bei den Ausbildungseinrichtungen abzuhelfen?

Wie bereits oben erläutert, sind die Möglichkeiten des Bundes, auf die Ausbildungsinhalte Einfluss zu nehmen, nur begrenzt. Es wird insoweit auf die Antwort zu Frage 61 verwiesen. Ebenso wie die Rehabilitation war die Verbesserung der Ausbildung im Bereich der Prävention Gegenstand der Überlegungen zur Novellierung der Approbationsordnung für Ärzte. Die neue Approbationsordnung schafft auch die Voraussetzungen für eine verstärkte präventivmedizinische Orientierung in der ärztlichen Ausbildung. Die Prävention ist zum einen im Katalog der Querschnittsbereiche, in denen Leistungsnachweise für die Zulassung zum Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung erbracht werden müssen, enthalten. Darüber hinaus ist die Prävention sowohl Gegenstand des Ersten als auch des Zweiten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung.

Ebenso wie die Rehabilitation eignet sich wegen ihres interdisziplinären Charakters auch die Prävention besonders gut für den fächerübergreifenden Unterricht und den Unterricht in Querschnittsbereichen, der durch die neue Approbationsordnung gestärkt wird.

Letztlich ist es jedoch auch hier Sache der Hochschulen, die durch die neue Approbationsordnung eröffneten Möglichkeiten zugunsten einer verstärkt präventivmedizinischen Orientierung der ärztlichen Ausbildung zu nutzen.

123. Sieht die Bundesregierung Möglichkeiten, ihrerseits, ggf. im Zusammenhang mit der Gesundheitsministerkonferenz der Länder, Verbesserungen in den Weiterbildungsordnungen der Ärzte zu erreichen, da dort präventive Inhalte in Theorie und Praxis bisher eine unzureichende Rolle spielen?

Hinsichtlich der ärztlichen Weiterbildung wird auf die Antwort zu Frage 61 verwiesen.

124. Teilt die Bundesregierung die Auffassung des Sachverständigenrates (Jahresgutachten 1996, TZ 226), der eine erfolgreiche präventive Gesundheitspolitik in den Kontext weiterer Politikfelder, z. B. Verkehr, Arbeit, Umwelt, Wohnungsbau, gestellt und in diesem Zusammenhang eine vorausschauende, risikomindernde Gesundheitspolitik angemahnt sowie eine Orientierung an adäquat ausformulierten sachpolitischen Zielen empfohlen hat?

Wenn ja, welche Schritte einer expliziten, sektoral wie intersektoral ausformulierten präventiven Politik und welche Maßnahmen der erfolgreichen Umsetzung beabsichtigt sie?

Die Gestaltung von gesunden Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen sollte als gesamtgesellschaftliche Aufgabe angesehen werden, die von einer Vielzahl

von Akteuren zu leisten ist und damit auch verschiedene Politikfelder tangiert. Der Sachverständigenrat spricht sich in seinem Sondergutachten 1996 Band I unter dem Gliederungspunkt TZ 226 u. a. für einen Ausbau der präventiven Ansätze insbesondere in den mittleren Lebensjahren als auch im Alter selbst aus. Die Bundesregierung hat mit der Gesundheitsreform 2000 die präventive Gesundheitspolitik gestärkt und ausgebaut (vgl. hierzu Fragen 86, 106).

Das gemeinsame Aktionsprogramm „Umwelt und Gesundheit“ des Bundesministeriums für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit und des Bundesministeriums für Gesundheit sind Ausdruck der Zusammenarbeit von verschiedenen Politikfeldern im Sinne eines vorbeugenden Gesundheitsschutzes. Mit dem Programm werden erstmalig in der Geschichte der deutschen Umwelt- und Gesundheitspolitik Strategien, Maßnahmen und Handlungsziele für eine umfassende Auseinandersetzung mit den gesundheitlichen Folgen von Umwelteinwirkungen vorgelegt. Es enthält Instrumente zur Verbesserung des Umgangs mit den komplexen Fragestellungen dieses Themenfeldes. Darüber hinaus umfasst es Maßnahmen zur Verminderung schädlicher Umwelteinwirkungen auf die menschliche Gesundheit.

Da von Schadstoffen in Luft, Wasser und Boden, von Lärm sowie von ionisierender und nichtionisierender Strahlung nach wie vor gesundheitliche Risiken bzw. Belastungen ausgehen, wird die Bundesregierung ihre vom Vorsorgeprinzip geleitete Gesundheitspolitik sowie ihre am Leitbild der nachhaltigen Entwicklung ausgerichtete Umweltpolitik auch zur Sicherung eines vorsorgenden gesundheitlichen Umweltschutzes, vor allem im Rahmen der in Vorbereitung befindlichen nationalen Nachhaltigkeitsstrategie, fortsetzen.

Maßnahmen der Gleichstellungspolitik, die zur Chancengleichheit von Frauen und Männern im Beruf und in der Familie beitragen und somit die Lebenswirklichkeit der Menschen positiv verändern, sind insoweit als Teil einer präventiven Gesundheitspolitik anzusehen.

Die Ergebnisse der 1996 vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in Auftrag gegebenen und kürzlich beendeten „Wissenschaftlichen Untersuchung zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland“ werden Ansätze liefern für eine breite Diskussion um geschlechts- und zielgruppenspezifische Versorgungs- und Präventionsmodelle, die einem ganzheitlichen Verständnis entsprechen und die eine Berücksichtigung der sozialen Lebenslage und der jeweiligen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen beinhalten.

Die Umsetzung dieser Ergebnisse, deren Veröffentlichung in der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Frühjahr 2001 geplant ist, erfordert die Mitwirkung auch vieler am Gesundheitswesen beteiligter Organisationen und Einrichtungen.

Im Sinne einer erfolgreichen präventiven Gesundheitspolitik wird von der Bundesregierung das Modellprogramm „Selbstbestimmt Wohnen im Alter“ durchgeführt. Ziel des Modellprogramms, das in gemeinsamer Verantwortung von Bund und Ländern läuft, ist, einen bundesweiten Wissenstransfer über Fragen des Wohnens im Alter aufzubauen und einen breiten öffentlichen Diskurs hierüber anzuregen. Leichteres Überwinden von Stufen und Schwellen durch die Beseitigung von Barrieren, mehr Sicherheit im Bad, technische Hilfen oder der Einbau fehlender Ausstattung wie Bad und Heizung tragen zur Erhaltung der Gesundheit bei. Wohnen wird im Modellprogramm nicht eingeschränkt auf bauliche Gegebenheiten gesehen, sondern die Lebensumwelt der älter werdenden Menschen wird einbezogen. Dabei sollen Planung und Beratung nicht erst dann einsetzen, wenn eine Person hilfs- oder pflegebedürftig geworden ist, sondern sollten bereits zu einem frühen Zeitpunkt erfolgen, um in Hinblick auf die

Belange der Erhaltung der Gesundheit und des Wohnens im Alter Weichen zu stellen. Vorrangiges Ziel der Wohnungsanpassung ist es, bestehende „normale“ Wohnungen an die Bedürfnisse älterer Menschen so anzupassen, damit sie ihr selbstbestimmtes Wohnen in ihrem vertrauten Umfeld aufrecht erhalten können.

Anforderungen an eine im weiten Sinne verstandene präventive Gesundheitspolitik ergeben sich auch in den Bereichen Verkehr sowie Wohnungsbau. So stellen mit dem Verkehrsgeschehen verbundene Lärm- und Schadstoffemissionen eine Beeinträchtigung der Lebensqualität dar, die (unter bestimmten Voraussetzungen) beim Menschen zu einer Verschlechterung des gesundheitlichen Allgemeinzustandes führen können.

Als Beispiel seien hier nur die Belastungen von Anliegern an verkehrsreichen Straßen, in der Nähe von Eisenbahnstrecken oder von Flughäfen durch – insbesondere nächtlichen – Lärm und Schadstoffemissionen genannt. Hier ist der Staat unter dem Gesichtspunkt des Gesundheitsschutzes zum Ergreifen von Gegenmaßnahmen gefordert. Ein weiteres nicht minder wichtiges Handlungsfeld stellt die Verkehrssicherheit bzw. Unfallverhütung dar.

Im Wohnungsbau kommt es vor allem darauf an, dass nur solche Baustoffe zugelassen werden, die frei von Schadstoffen sind und deren Verwendung ein gesundes Wohnklima gewährleistet, wobei diese Thematik vornehmlich in die verfassungsmäßige Kompetenz der Länder fällt. Nicht zu vergessen sind schließlich städtebauliche Faktoren, die das soziale Umfeld prägen und damit mittelbar das psychische Wohlergehen beeinflussen.

Auf dem Gebiet des Verkehrs sind Maßnahmen des Umweltschutzes i. d. R. zugleich unter gesundheitspolitischen Aspekten zu bewerten. Hier werden in Fortführung der bereits in den letzten Jahren erfolgreich eingeleiteten Maßnahmen (Reduktion der Kohlenmonoxid-Emissionen um 60 %, der Stickoxydemissionen um 40 % und der Kohlenwasserstoffemissionen um 80 % gegenüber dem Jahr 1990) die Emissionen innerhalb der nächsten zehn Jahre aufgrund der Durchsetzung von emissionsarmen Fahrzeugen auf dem Kfz-Markt deutlich verringert – und das trotz weiterer Zunahme der Verkehrsleistungen. So werden mit der verbindlichen Einführung der Abgasvorschrift Euro 4 ab dem Jahre 2005 die Luftqualitätsziele für die Schadstoffemissionen erreicht.

Was den Lärmschutz anbelangt, so gibt die Bundesregierung im Bereich der Bundesfernstraßen jährlich rund 350 Mio. DM für die Lärmvorsorge und 60 Mio. DM für die Lärmsanierung aus. Einen neuen Akzent hat die Bundesregierung durch die Lärmsanierung an bestehenden Schienenwegen der Eisenbahnen des Bundes gesetzt. Hierfür wird ein Betrag in Höhe von 100 Mio. DM jährlich bereitgestellt. Zugleich führt die Bundesregierung auf internationaler Ebene im Rahmen der ICAO-Konferenzen Verhandlungen u. a. mit dem Ziel einer Verschärfung der Fluglärmgrenzwerte im ICAO Annex 16, Volume I und einer frühzeitigen Außerdienststellung der lautesten Flugzeuge.

Darüber hinaus arbeitet die Bundesregierung gemäß der Koalitionsvereinbarung an einem Gesamtkonzept zur Lärmminderung im Straßen- und Schienenverkehr auf der Grundlage des Sondergutachtens des Sachverständigenrats „Umwelt und Gesundheit“.

Maßnahmen der Verkehrssicherheit stellen einen maßgeblichen Beitrag für eine präventive Gesundheitspolitik dar. Hier lässt sich die Bundesregierung von dem Gedanken leiten, dass Straßenverkehrsunfälle nicht einfach eine schicksalhafte, unvermeidbare Nebenerscheinung des Straßenverkehrs und der Mobilität sind, sondern in den meisten Fällen Folge vermeidbaren menschlichen Fehlverhaltens. Vor diesem Hintergrund will sie mit dem Verkehrssicherheitsprogramm (VSP) 2000 die gesellschaftlichen Kräfte zur Mitwirkung an der kontinuierlichen Verbesserung der Verkehrssicherheit in den nächsten zehn Jahren mobili-

sieren. Ziel des VSP 2000 ist die deutliche Verbesserung der Verkehrssicherheit durch gesellschaftliche Akzeptanz einer kontinuierlichen Verkehrssicherheitsarbeit.

Gesundheitspolitisch erwünschte Nebeneffekte sind schließlich im Bereich der Städtebauförderung von dem mit Finanzmitteln des Bundes in Höhe von jährlich 100 Mio. DM unterstützten Programm „Die soziale Stadt“ zu erwarten, weil hiermit sozialen Abwärtsentwicklungen in Stadtteilen mit verschärften sozialen, wirtschaftlichen und städtebaulichen Problemen entgegengewirkt wird. Hierdurch wird ein Beitrag zur Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung eines intakten sozialen Umfeldes geleistet, was letztlich auch der gesundheitlichen Situation der betroffenen Wohnbevölkerung zugute kommt.

In dem Bericht der Bundesregierung über den Stand von Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit und über das Unfall- und Berufskrankheitengeschehen in der Bundesrepublik Deutschland, der jährlich erstellt wird, sind u. a. die Unfallzahlen und die Zahlen zu dem Berufskrankheitengeschehen enthalten. Diese verdeutlichen, dass auch weiterhin Anstrengungen unternommen werden müssen, um die Gesundheit der Arbeitnehmer zu schützen.

Die Sicherheit und den Gesundheitsschutz bei der Arbeit gilt es durch Maßnahmen des Arbeitsschutzes zu sichern und zu verbessern. Dazu gehören Maßnahmen zur Verhütung von Unfällen bei der Arbeit und arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren einschließlich Maßnahmen der menschengerechten Gestaltung der Arbeit.

In den letzten Jahren ist die Zahl der Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten stetig zurückgegangen. So erfreulich dies auch ist, es gilt weiterhin, dass jeder einzelne Arbeitsunfall und jede einzelne Berufskrankheit ein Fall zuviel ist, vor allem weil er menschliches Leid, aber auch eine Belastung der Sozialversicherung und wirtschaftliche Nachteile bedeutet. Außerdem charakterisieren Zahlenangaben über Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten den Stand von Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz nur unvollständig. Denn über Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten hinaus sind Beschäftigte im Arbeitsleben immer noch einer Vielzahl arbeitsbedingter Belastungen, Beanspruchungen, Gesundheitsstörungen und Erkrankungen ausgesetzt. Zwingende Folge dieser Feststellung ist, dass die Bundesregierung in ihren Bemühungen zur Verbesserung von Sicherheit und Gesundheitsschutz der Beschäftigten bei der Arbeit nicht nachlassen wird.

Für die künftige Rechtsetzung im Arbeitsschutz ist festzustellen, dass man hier mit immer detaillierteren Rechtsvorschriften nicht mehr weiterkommt. Das bisherige Regelungssystem „neue Gefährdungen bedingen neue spezielle Vorschriften“ würde bald zu einem „undurchdringlichen Vorschriftendschungel“ führen.

Mit dem neuen Arbeitsschutzgesetz zur Umsetzung der europäischen Rahmenrichtlinie Arbeitsschutz ist 1996 ein neuer Weg beschritten worden. Dieses Gesetz enthält Grundvorschriften, die überwiegend als Zielvorgaben gefasst sind. So muss der Arbeitgeber die erforderlichen Maßnahmen des Arbeitsschutzes unter Berücksichtigung der Umstände treffen, die Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten bei der Arbeit beeinflussen; dabei muss er allgemeine Grundsätze der Gefahrenverhütung beachten. Die erforderlichen Schutzmaßnahmen hat der Arbeitgeber aufgrund einer Beurteilung der betrieblichen Arbeitsbedingungen entsprechend dem dabei festgestellten Gefährdungspotenzial zu ergreifen. Der Arbeitgeber bekommt damit einen größeren Gestaltungsspielraum für Arbeitsschutzmaßnahmen, die an seine betriebliche Gefährdungssituation angepasst sind. Das Arbeitsschutzgesetz erfasst durch seine weiten Grundvorschriften aber auch neue Gesundheitsbelastungen aufgrund neuer technischer Entwicklungen und Arbeitsverfahren. Dabei geht es von einem weiten Präven-

tionsverständnis aus: Zu den Maßnahmen des Arbeitsschutzes zählen insbesondere auch Maßnahmen der menschengerechten Gestaltung der Arbeit.

Diese Gestaltungsgrundsätze liegen auch den von der Bundesregierung auf dem Fundament des Arbeitsschutzgesetzes zur Umsetzung der EG-Einzelrichtlinien zur Rahmenrichtlinie erlassenen Rechtsverordnungen zugrunde. Es handelt sich um Rechtsverordnungen zur Benutzung von Arbeitsmitteln, zur Benutzung von persönlichen Schutzausrüstungen, zur manuellen Handhabung von Lasten, zur Arbeit an Bildschirmgeräten, zur Sicherheit und zum Gesundheitsschutz auf Baustellen und zum Schutz der Arbeitnehmer bei Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen.

In der Arbeitswelt haben sich in den vergangenen Jahren tief greifende Veränderungen vollzogen. Die Globalisierung und Internationalisierung der Wirtschaft haben zu technischen und sozioökonomischen Entwicklungen geführt, die sich auch auf die Arbeitsbedingungen in den Betrieben auswirken. Während sich die Risiken schwerer körperlicher Arbeit eher verringern, nehmen Mehrfachbelastungen sowie psychomentale und psychosoziale Beanspruchungen am Arbeitsplatz ständig zu. Aufgabe des Arbeitsschutzes ist es, das Leben und die Gesundheit der Beschäftigten vor solchen Schäden und Gefahren wirksam zu schützen. Ein Schwerpunkt bildet hier die konsequente Prävention in den Betrieben. Hier setzt das Arbeitssicherheitsgesetz an. Es verpflichtet den Arbeitgeber, Fachleute – das sind Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit – zu bestellen, die ihn in allen Fragen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes einschließlich der menschengerechten Gestaltung der Arbeit unterstützen. Die umfassende Beratung des Arbeitgebers im gesamten Spektrum der sicherheits- und gesundheitsrelevanten Faktoren bei der Arbeit ist beispielsweise eine der gesetzlichen Aufgaben dieser Arbeitsschutzexperten. Die Wahrnehmung dieser Aufgabe beginnt bereits bei der Planung von Betriebsanlagen, betrifft die Beschaffung von Arbeitsmitteln sowie die Gestaltung der Arbeitsplätze und umfasst auch die Beratung des Arbeitgebers bei der Beurteilung der Arbeitsbedingungen. Die Betriebsärzte haben zudem die Aufgabe, die Arbeitnehmer arbeitsmedizinisch zu untersuchen und zu beraten. Die betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuung der Betriebe haben daher als präventive Arbeitsschutzmaßnahmen einen hohen Stellenwert. Mit ihrer Hilfe kann sichergestellt werden, dass der Arbeitsschutz in der Praxis greift und möglichst optimal gestaltet wird. Die Tatsache, dass in den vergangenen Jahren in Deutschland die Anzahl der Arbeitsunfälle kontinuierlich gesunken ist, kann als Ergebnis verstärkter Prävention gewertet werden. Dies ist ein sichtbarer Erfolg des Arbeitsschutzes.

Mit der Formulierung des umfassenden Präventionsauftrages im Arbeitsschutzgesetz vom 7. August 1996 und der Erweiterung des Präventionsauftrages der Unfallversicherung um die Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren im SGB VII im gleichen Jahr wurde ein wichtiger Schritt für eine Realisierung der präventiven Gesundheitspolitik am Arbeitsplatz getan.

Erweitert wurde dieser Ansatz noch durch die Regelung, dass die Krankenkassen seit Anfang des Jahres 2000 den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durchführen können. Hierzu hat das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung den Kooperationskreis „Betriebliche Gesundheitsförderung“ eingerichtet, um die Abstimmung der Aktivitäten der Arbeitsschutzakteure in diesem Bereich zu fördern.

Zum präventiven Schutz von Leben und Gesundheit der Beschäftigten bei der Arbeit gehören alle Maßnahmen, die gezielt konkrete Problemstellungen im Arbeitsschutz aufgreifen, um frühzeitig Fehlentwicklungen entgegenzuwirken. Hierzu hat das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung bereits 1993 ein Modellprogramm über Maßnahmen zur Bekämpfung arbeitsbedingter Erkrankungen eingerichtet und Anfang diesen Jahres fortentwickelt. Es werden

Modellvorhaben zu ausgewählten Schwerpunktthemen zur Sicherstellung und Verbesserung des Arbeitsschutzes in den Betrieben vor Ort gefördert. Damit kann auf Veränderungen der heutigen Arbeitswelt unmittelbar, flexibel und präventiv reagiert werden. So fördert das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung in diesem Jahr zwei Modellprojekte zum Thema „Verbesserung der Arbeitsbedingungen in Call-Centern“. Ziel ist die Bündelung von Forschungsergebnissen und Informationen darüber, welche Gesundheitsgefährdungen den Beschäftigten an diesen Arbeitsplätzen drohen, deren Aufarbeitung sowie die praktische Umsetzung von Lösungsmöglichkeiten in Call-Centern.

In entsprechender Weise werden in den kommenden Jahren Modellvorhaben zu weiteren ausgewählten Schwerpunktthemen gefördert werden. Hierdurch wird ein Beitrag dazu geleistet, die Gesundheitsgefahren und Erkrankungen, die durch die Bedingungen und Belastungen am Arbeitsplatz hervorgerufen werden, im Betrieb zu reduzieren.



Gesamtherstellung: H. Heenemann GmbH & Co., Buch- und Offsetdruckerei, Bessemerstraße 83–91, 12103 Berlin
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Postfach 13 20, 53003 Bonn, Telefon (02 28) 3 82 08 40, Telefax (02 28) 3 82 08 44
ISSN 0722-8333